

**HUBUNGAN DISABILITAS FUNGSIONAL DENGAN KEJADIAN DEPRESI PADA  
LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA GAU MABAJI  
KABUPATEN GOWA**



**SKRIPSI**

**Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat Meraih Gelar  
Sarjana Keperawatan Pada Fakultas Ilmu Kesehatan  
UIN Alauddin Makassar**

**Oleh :**

**SRI AMALIA**

**NIM: 70300106016**

**PRODI KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR**

**2010**

## ABSTRAK

NAMA PENYUSUN : SRI AMALIA

NIM : 70300106016

JUDUL PENELITIAN : HUBUNGAN DISABILITAS FUNGSIONAL DENGAN  
KEJADIAN DEPRESI PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA  
WERDHA GAU MABAJI KABUPATEN GOWA

---

Kelompok lansia dipandang sebagai kelompok masyarakat yang berisiko mengalami gangguan kesehatan. Masalah keperawatan yang menonjol pada kelompok tersebut adalah meningkatnya disabilitas fungsional fisik. Disabilitas fungsional pada lansia merupakan respons tubuh sejalan dengan bertambahnya umur seseorang dan proses kemunduran yang diikuti dengan munculnya gangguan fisiologis, penurunan fungsi, gangguan kognitif, gangguan afektif, dan gangguan psikososial.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan disabilitas fungsional dengan depresi pada lansia Di PSTW Gau Mabaji Kab.Gowa. Dengan menggunakan metode penelitian rancangan *analitik* dengan jenis penelitian *cross sectional*, teknik pengambilan sampel secara total sampling.

Dan hasil uji statistik *chi-square* menyatakan ada hubungan yang cukup signifikan antara disabilitas fungsional dengan depresi ditandai dengan nilai  $p=0,037$  atau  $p<0,05$ .

Daftar pustaka : 22 (1998-2007)

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas limpahan Rahmat dan karunia-Nya, sehingga penyusunan Skripsi dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Sarjana Keperawatan di Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar Akademik Tahun 2010, dengan judul penelitian ; “Hubungan Disabilitas Fungsional Dengan Kejadian Depresi Di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa Tahun 2010.”

Dalam penyusunan Skripsi ini berbagai hambatan yang dihadapi oleh penulis mulai dari tahap persiapan sampai penyelesaian tulisan. Namun berkat karunia Allah SWT dan tentunya berkat doa restu dan kasih sayang kedua orang tua tercinta, ayahanda Asmaun dan Ibunda Hj.Ratna semoga Allah SWT selalu melimpahkan kesehatan, kekuatan, dan umur yang panjang sehingga beliau dapat lebih memperbanyak ibadah sebagai hamba yang taat akan Syariat-Nya. Bantuan, bimbingan dan motivasi dari berbagai pihak maka skripsi ini dapat terselesaikan. Untuk itu dengan segala kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. DR. M. Azhar Arsyad, MA, selaku Rektor UIN Alauddin Makassar beserta stafnya.
2. Bapak Dr. M. Furqaan Naiem, M. Sc. Ph. D, selaku Dekan Fakultas Ilmu kesehatan beserta staf-stafnya.
3. Nur Hidayah, S.Kep.Ns.,MARS, selaku ketua Prodi keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar

4. Drs.H.Kasse Taddaga, S.SiT. M. Kes, selaku pembimbing I penelitian yang telah banyak membimbing dan memberi masukan kepada penulis dalam penyelesaian skripsi ini.
5. dr. Asriani S.Ked, selaku pembimbing II penelitian yang telah banyak membimbing dan memberi masukan kepada penulis dalam penyelesaian skripsi ini.
6. Tim penguji yang telah meluangkan waktu untuk menghadiri dalam pelaksanaan seminar proposal, hasil, dan tutup.
7. Seluruh dosen dan staf Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar yang telah membimbing dan membantu penulis dalam menyelesaikan pendidikan.
8. Kepala Panti Sosial Tresna Werdha Gau mabaji Kab.Gowa dan seluruh staf yang telah membantu dan memberikan kesempatan kepada penulis melakukan penelitian hingga selesai.
9. Kakakku Ir. Fadriati M.M, Faisal, Fadly S.E, Fahri S.T, Dian Murdani Jaya S.Kom, Dan Adikku Aldi Muh Risal atas perhatian, dorongan dan doa, sehingga penulis selalu dalam lindungan Allah SWT dalam penyelesaian skripsi ini.
10. Sahabat-sahabat terbaikku yang selalu ada Hasmi, Harnilawati, Nursyafitri, atas bantuan dan motivasi kepada penulis.
11. Reski Harianto, yang selalu membantu dan memberi motivasi kepada penulis sehingga Skripsi ini dapat terselesaikan.
12. Komunitas S1 Keperawatan UIN Alauddin Makassar angkatan 06, atas motivasi, perhatian, masukan, kritikan kepada penulis selama ini.
13. Subyek penelitian yang telah bersedia dalam kegiatan penelitian.

Semoga kebaikan yang diberikan kepada penulis dapat bernilai ibadah di sisi Allah SWT.

Dalam penulisan skripsi ini, penulis menyadari masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis

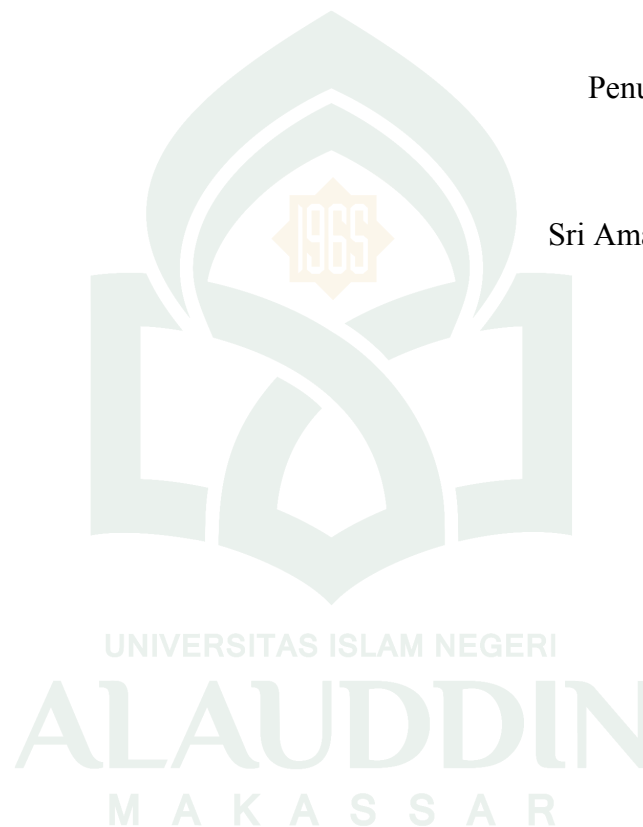
sangat mengharapkan kritikan dan saran yang sifatnya membangun guna kesempurnaan penulisan di masa mendatang.

Akhir kata semoga skripsi ini dapat bermanfaat dan menjadi bahan bacaan bagi perkembangan keperawatan, Amin.

Makassar, Agustus 2010

Penulis

Sri Amalia



## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	
<b>ABSTRAK</b> .....	i
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	ii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	v
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	vii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	viii
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masala .....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	4
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Tentang Lansia .....	6
B. Tinjauan Tentang Disabilitas Fungsional.....	18
C. Tinjauan Tentang Depresi .....	21
 <b>BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN</b>	
A. Kerangka Konsep .....	27
B. Kerangka Kerja.....	28
C. Defenisi Operasional Dan Kriteria Objektif.....	29
D. Hipotesis Penelitian .....	30

## **BAB IV METODE PENELITIAN**

A. Rancangan Penelitian.....	31
B. Populasi Dan Sampel .....	31
C. Alat Pengumpulan Data.....	33
D. Pengolahan dan Analisa Data.....	34
E. Tempat Dan Waktu Penelitian.....	35
F. Masalah Etika .....	36

## **BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN**

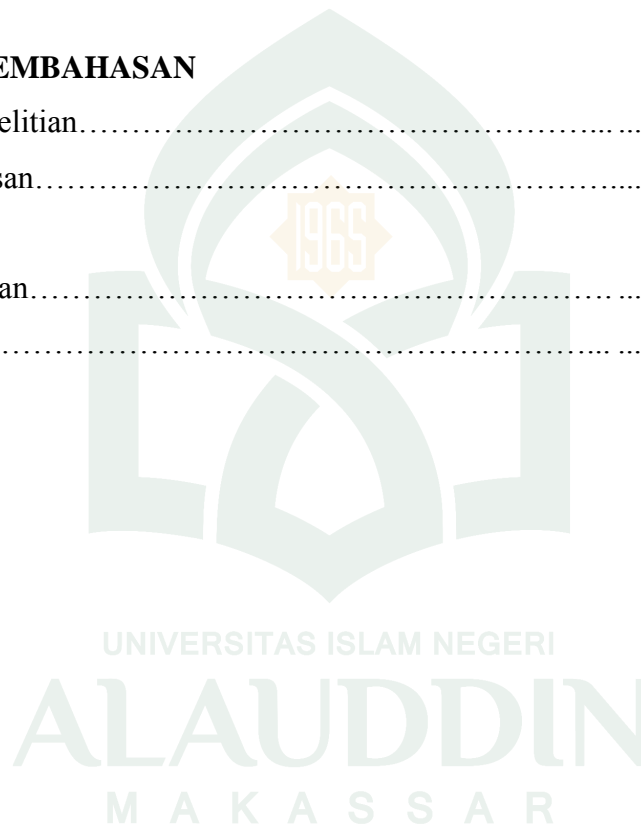
A. Hasil Penelitian.....	38
B. Pembahasan.....	48

## **BAB VI PENUTUP**

A. Kesimpulan.....	55
B. Saran.....	55

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



## DAFTAR TABEL

Tabel	halaman
2.1 Skema mundurnya kemandirian secara bertingkat.....	19
2.2 Perilaku yang di berhubungan dengan depresi .....	26
5.1 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab.Gowa .....	38
5.2 Distribusi responden berdasarkan pendidikan di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab.Gowa. . .....	39
5.3 Distribusi responden berdasarkan status perkawinan panti di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab.Gowa. . .....	40
5.4 Distribusi responden berdasarkan keterbatasan di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab.Gowa. . .....	41
5.5 Distribusi responden berdasarkan aktivitas keseharian di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab.Gowa. . .....	43
5.6 Distribusi responden berdasarkan aktivitas kehidupan sehari-hari di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab.Gowa. ....	44
5.7 Distribusi responden berdasarkan skala depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab.Gowa. ....	45
5.8 Distribusi responden berdasarkan hubungan keterbatasan aktivitas dengan deprei di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa.....	46



## DAFTAR GAMBAR

Gambar

Halaman

Kerangka konsep.....	27
Kerangka kerja.....	28



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Transisi demografi pada kelompok lansia terkait dengan status kesehatan lansia yang lebih terjamin, sehingga usia harapan hidup lansia lebih tinggi dibanding masa-masa sebelumnya. Pertambahan jumlah lansia di Indonesia dalam kurun waktu tahun 1990-2025, tergolong cepat di dunia. Pada tahun 2002, jumlah lansia di Indonesia berjumlah 16 juta dan diproyeksikan akan bertambah menjadi 25,5 juta pada tahun 2020 atau sebesar 11,37% penduduk dan ini merupakan peringkat keempat dunia, dibawah Cina, India dan Amerika Serikat (Palestin, 2006).

Menurut Jitapunkul, Kunanusont, Phoolcharoen, Suriyawong-paisal & Ebrahim (2003), penelitian di Thailand memperlihatkan bahwa ketidak mampuan pada lansia sebesar 19% dan ketergantungan terhadap pemenuhan aktifitas kehidupan sehari-hari (**AKS**) atau *activities of daily living* (ADL) sebesar 6,9% angka ketidak mampuan (*disabilitas rate*) meningkat sesuai dengan perkembangan usia. Informasi mengenai angka peningkatan disabilitas fungsional lansia di Indonesia belum memadai, namun Palestin, Olfah dan Winarso (2005) melaporkan 77,4% lasia di sebuah Panti Wredha sebelum diintervensi masih di bantu sebagian dalam memenuhi AKS-nya (Palestin, 2006).

Kelompok lansia dipandang sebagai kelompok masyarakat yang berisiko mengalami gangguan kesehatan. Masalah keperawatan yang menonjol pada kelompok tersebut adalah meningkatnya disabilitas fungsional fisik. Disabilitas fungsional pada lansia merupakan respons tubuh sejalan dengan bertambahnya umur seseorang dan proses kemunduran yang diikuti dengan munculnya gangguan fisiologis, penurunan fungsi, gangguan kognitif, gangguan afektif, dan gangguan psikososial (Palestin 2006). Kondisi tersebut dapat

mengganggu lansia dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-harinya (setiabudhi 2006).

Meningkatnya populasi usia lanjut menyebabkan kita perlu mengantisipasi meningkatnya jumlah pasien usia lanjut yang memerlukan bantuan dan perawatan medis. Dengan bertambahnya usia tidak dapat dihindari penurunan kondisi fisik, baik berupa kekurangannya kekuatan fisik yang menyebabkan individu menjadi cepat lelah maupun menurunnya kecepatan reaksi yang menyebabkan gerak-geriknya menjadi lamban (Dirjen Kesmas, 2007). Sebagaimana firman Allah dalam Q.S. Al-Israa' ( 17 ) : 23 ;

Lansia seringkali dihadapkan pada lingkungan yang sudah tidak bersahabat lagi dengan mereka. Tidak jarang pihak keluarga sendiri yang memperlakukan lansia seperti orang yang sudah tidak mampu berbuat apa-apa lagi. Alasan ketidakmampuan fisik dan rasa hormat membuat pihak keluarga terkadang melarang lansia melakukan hal-hal pekerjaan rumah di dalam lingkungan keluarga. Berbagai ketidakmampuan ini pada beberapa lansia tidak jarang memicu suatu gangguan suasana perasaan. Hal yang paling sering didapatkan pada lansia adalah depresi. Walau pada awalnya lansia mengalami gangguan penyesuaian akibat penyakitnya atau ketidak mampuan yang dideritanya, namun kelamaan hal ini dapat berkembang menjadi suatu depresi (Suryadi, 2007). Menurut Eliopoulos (1997), Roberts, kaplan, Shema, % Strawbridge (1997), keterbatasan lansia dalam memenuhi aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS) dapat menjadi salah satu faktor penyebab munculnya depresi (Palestin 2006).

Depresi adalah masalah yang biasa dialami oleh siapapun di dunia ini. Menurut sebuah penelitian di Amerika, 1 dari 20 orang di Amerika setiap tahun mengalami depresi, dan paling tidak 1 dari 5 orang pernah mengalami depresi sepanjang sejarah kehidupan mereka. Menurut seorang ilmuwan terkemuka yaitu Phillip L. Rice (1992), depresi adalah gangguan mood, kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental (berfikir, berperasaan dan perilaku) seseorang. Pada umumnya mood yang secara dominan muncul adalah perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan (e-psikologi, 2001).

Berdasarkan data yang ada di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab Gowa jumlah lansia pada tahun 2010 sebanyak 99 lansia

Atas dasar tersebut diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian guna membuktikan dan mengetahui adanya hubungan antara disabilitas fungsional dengan depresi pada lansia.

## **B. Rumusan Masalah**

Apakah ada hubungan disabilitas fungsional dengan Kejadian Depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan umum**

Untuk mengetahui adanya hubungan disabilitas fungsional dengan kejadian depresi pada lansia di Pantai Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa.

### **2. Tujuan khusus**

Untuk mengetahui hubungan keterbatasan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (**AKS**) pada lansia dengan depresi pada lansia

#### **D. Manfaat penelitian**

##### **1. Bagi Akademik**

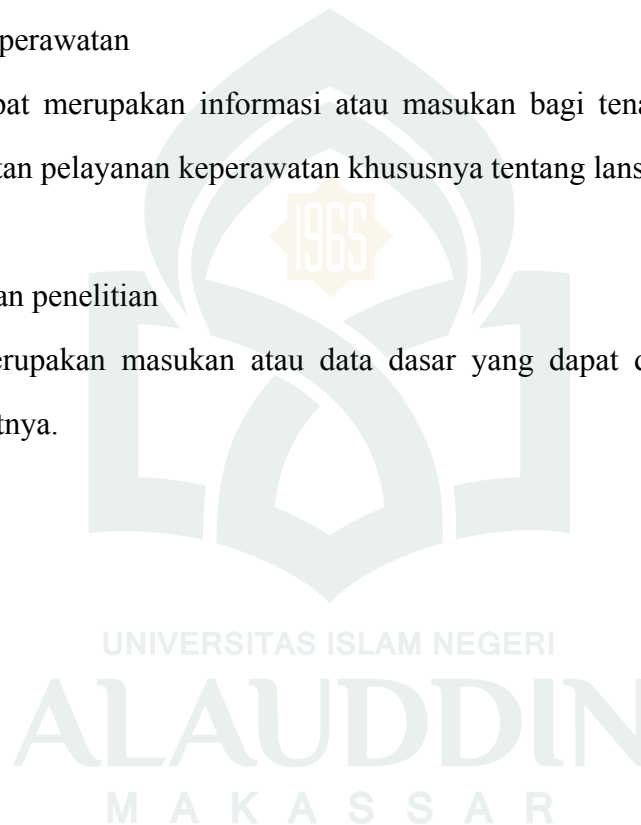
Penelitian ini merupakan masukan bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya tentang lansia dan sebagai referensi di perpustakaan yang dapat digunakan oleh mahasiswa berikutnya.

##### **2. Bagi pelayanan keperawatan**

Penelitian ini dapat merupakan informasi atau masukan bagi tenaga pelaksana dalam Rangka peningkatan pelayanan keperawatan khususnya tentang lansia.

##### **3. Bagi pengembangan penelitian**

Penelitian ini merupakan masukan atau data dasar yang dapat di kembangkan pada penelitian selanjutnya.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Tentang Lansia

Proses menua (*aging*) adalah proses alami yang disertai adanya penerunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain. Keadaan itu cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan secara umum maupun kesehatan khusus pada lansia (Konjtoro, 2002). Proses menua (*aging*) merupakan suatu perubahan progresif pada organisme yang telah mencapai pematangan interinstik dan bersifat irreversible serta menunjukkan adanya kemunduran sejalan dengan waktu. Proses menua yang terjadi pada lansia secara linear dapat digambarkan melalui, yaitu : kelemahan (*impairment*), keterbatasan fungsional (*functional limitation*), ketidakmampuan (*disability*) dan keterhambatan (*handicap*), yang akan dialami bersamaan dengan proses kemunduran (Palestin, 2006).

Geriatric merupakan salah satu cabang ilmu kedokteran moderen. Kedokteran Islam sebenarnya yang pertama kali mempromosikannya. Banyak ayat-ayat Al Qur'an dan sunnah yang memerintahkan agar memelihara ayah, ibu, nenek dan orang-orang yang telah lanjut usianya atau yang seumur dengannya (*jompo*) menghormati kekurangan mereka, sabar terhadap mereka terlebih-lebih dalam keadaan sakit. Orang pertama yang menulis ini adalah Ibnu Sina dalam karyanya "*Al Qanun*" dalam sub bab "*Thib Muslimuna wal Syuyukh*" (pemeliharaan orang-orang islam dan orang jompo). PT. Dana Bhakti Prima Yasa, Yogyakarta. (2004).

Berlandaskan penekanan Al-Quran anak-anak dan para anggota keluarga seharusnya menaruh penghormatan kepada para orang tua dan lansia dan menjaga lingkungan keluarga dengan menghormati mereka. Penghormatan kepada para orang tua dan lansia dapat diaplikasikan dengan memperlakukan mereka dengan baik dan

mengetahui kebutuhan spirit mereka. Tak dapat dipungkiri bahwa rasa kasih sayang dan perhatian kepada mereka adalah di antara kebutuhan utama para orang tua dan lansia. Meskipun mereka merasa cukup secara materi, tapi kebutuhan mereka akan rasa kasih sayang tak dapat dipungkiri. Apresiasi kepada orang tua dan lansia itu dapat diaplikasikan dalam berbagai bentuk seperti:

- Menghormati mereka.
- Berbicara atas dasar kasih sayang.
- Bermusyawarah dalam berbagai masalah.
- Serta mendahulukan mereka dan menyelesaikan problema.

Menurut, Constantinides (1994), menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri / mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Nugroho, 2000).

Teori biologis tentang penuaan

Teori biologis tentang penuaan dapat dibagi menjadi teori interinstik berarti perubahan yang berkaitan dengan usia timbul akibat penyebab didalam sel sendiri dan teori eksterinstik menjelaskan bahwa perubahan yang terjadi diakibatkan oleh pengaruh lingkungan (Setiabudhi dan Hardywinoto, 2005)

Teori biologis dapat dibagi dalam :

#### 1. Teori Genetik

Merupakan teori yang menjelaskan bahwa didalam tubuh terdapat jam biologis yang mengatur Gen dan menentukan jalannya proses penuaan. Teori genetik mengakui adanya mutasi somatik (*somatic mutation*), yang mengakibatkan kegagalan atau kesalahan didalam penggandaan desoxyribonucleic acid atau DNA.

#### 2. Teori Non Genetik

Merupakan teori eksterinstik dan terdiri dari berbagai teori, seperti :

a. Teori Radikal bebas

Radikal bebas yang terdapat di lingkungan seperti asap kendaraan bermotor dan rokok, zat pengawet makanan, radiasi, sinar ultraviolet mengakibatkan terjadinya perubahan pigmen dan kolagen pada proses penuaan.

b. Teori Cross-Link (Cross-link theory)

Teori ini menjelaskan bahwa molekul kolagen dan zat kimia mengubah fungsi jaringan, mengakibatkan terjadinya jaringan yang kaku pada proses penuaan.

c. Teori kekebalan (*immunologic theory*)

Teori ini menjelaskan bahwa perubahan pada jaringan limfoid mengakibatkan tidak adanya keseimbangan dalam sel T sehingga produksi antibody dan kekebalan menurun.

d. Teori fisiologis

Teori ini merupakan teori interinstic dan eksterinstik. Terdiri dari teori oksidasi stress (*oxidative stress theory*) dan teori dipakai aus (*wear-and-tear theory*).

Lanjut usia bukan suatu penyakit, melainkan suatu masa atau tahap hidup manusia, yaitu : bayi, kanak-kanak, dewasa, tua, dan lanjut usia (Nugroho, 2000).

Batasan-batasan lanjut usia(Nugroho, 2000)

Dibawah ini dikemukakan beberapa pendapat mengenai batasan umur :

1. Menurut organisasi kesehatan dunia

Lanjut usia meliputi :

- a. Usia pertengahan (*middle age*), ialah kelompok usia 45-59 tahun
- b. Lanjut usia (*elderly*) = antara 60 dan 74 tahun
- c. Lanjut usia tua (*old*) = antara 75 dan 90 tahun
- d. Usia sangat tua (*very old*) = diatas 90 tahun

2. Menurut Dra. Ny. Jos Masdani (psikolog UI)

Mengatakan : lanjut usia merupakan kelanjutan dari usia dewasa.



Kedewasaan dapat dibagi menjadi 4 bagian :

- a. Fase *iuventus*, antara 25 dan 40 tahun
- b. Fase *verilitas*, antara 40 dan 50 tahun
- c. Fase *prasegium*, antara 55 dan 65 tahun
- d. Fase *senium*, antara 65 hingga titik usia

3. Menurut Prof. Dr. Koesoemato Setyonegoro

Pengelompokkan lanjut usia sebagai berikut :

- a. Usia dewasa muda (*elderly adulthood*) : 18 atau 20 tahun
- b. Usia dewasa penuh (*middle years*) atau maturitas : 25-60 atau 65 tahun
- c. Lanjut usia (*geriatric age*) : lebih dari 65 atau 70 tahun terbagi untuk umur 70-75 tahun (*young old*), 75-80 tahun (*old*) dan lebih dari 80 tahun (*very old*).

Kalau dilihat pembagian umur dari beberapa ahli tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa yang disebut lanjut usia adalah orang yang telah berumur 65 tahun keatas

4. Menurut Undang-undang nomor 13 tahun 1998

Tentang kesejahteraan lanjut usia yang berbunyi sebagai berikut : BAB I pasal 1 ayat 2 yang berbunyi “ lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas “.

Aktivitas fisik dapat menghambat atau memperlambat kemunduran fungsi alat tubuh yang disebabkan bertambahnya umur (Nugroho, 2000).

Sebagai akibat proses menua terdapat perubahan dalam tatacara pelayanan kesehatannya, yang penyebabnya dapat diakibatkan oleh berbagai hal, yaitu (kane et al, 1994 dalam Darmojo dan Martono, 2006) :

1. Perubahan-perubahan anatomik/fisiologik akibat proses menua
2. Berbagai penyakit atau keadaan patologik sebagai akibat penuaan
3. Pengaruh psikososial pada fungsi organ

Dengan makin lanjutnya usia seseorang maka kemungkinan terjadinya penurunan anatomik dan fungsional atas organ-organnya makin besar (Darmojo dan Martono, 2006)

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia (Nugroho, 2000).

## 1. Perubahan-perubahan fisik

Meliputi perubahan pada : sel, sistem pernafasan, sistem pendengaran, sistem penglihatan, sistem kardiovaskuler, sistem pengaturan temperatur tubuh, sistem respirasi, sistem gastrointestinal, sistem reproduksi, sistem genetorinaria, sistem endokrin, sistem kulit (*integumentary system*), sistem muskuloskeletal (*musculoskeletal system*)

## 2. Perubahan-perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental :

- a. Perubahan fisik, khususnya organ perasa
- b. Kesehatan umum
- c. Tingkat pendidikan
- d. Keturunan (*hereditas*) dan lingkungan

Kenangan (*memory*)

- a. Kenangan jangka panjang : berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu mencakup beberapa perubahan
- a. Kenangan jangka pendek atau seketika : 0-10 menit, kenangan buruk IQ (*intelligentia quantion*)
- a. Tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal
- b. Berkurangnya penampilan, persepsi dan keterampilan psikomotor : terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan dari faktor waktu

## 3. Perubahan-perubahan psikososial

- a. Pensiun :
- b. Merasakan atau sadar akan kematian (*sense of awarness of mortality*)
- c. Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah keperawatan bergerak lebih sempit
- d. Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*economic deprivation*). Meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan
- e. Penyakit kronis dan ketidakmampuan

- f. Gangguan saraf pancaindra, timbul kebutaan dan ketulian
- g. Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan
- h. Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan family
- i. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik : perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri

#### 4. Perkembangan spritual

- a. Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya (*maslow, 1970*)
- b. Lansia makin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam sehari-hari. (*Murray dan Zentner, 1970*)
- c. Perkembangan spritual pada usia 70 tahun menurut Folwer (1978, *Universalizing*, perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berfikir dan bertindak dengan cara memberikan contoh cara mencintai dan keadilan

Ketakutan-ketakutan yang dialami oleh lanjut usia (Nugroho, 2000) meliputi :

- 1. Ketergantungan fisik dan ekonomi
- 2. Sakit-sakit yang kronis, misalnya : arthritis 44%, hipertensi 39%, berkurangnya pendengaran atau tuli 28%, penyakit jantung 27%
- 3. Kesepian
- 4. Kebosanan yang disebabkan rasa tidak diperlukan

#### Permasalahan

Secara umum, banyak permasalahan yang dihadapi oleh kelompok lansia, seperti masalah kesehatan, masalah ekonomi, masalah hubungan diantara keluarga, dan masalah psikologi (*e-psikologi.com, 2001*). Adapun permasalahan yang berkaitan dengan lanjut usia antara lain (Nugroho, 2000) :

- 1. Secara individu, pengaruh proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah baik secara fisik/biologik, mental maupun sosial ekonomis. Dengan semakin lanjut usia seseorang, mereka akan mengalami kemunduran trauma dibidang kemampuan fisik, yang

dapat mengakibatkan penurunan pada peranan-peranan sosialnya. Hal ini mengakibatkan pula timbulnya gangguan didalam hal mencukupi kebutuhan hidupnya sehingga dapat meningkatkan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang lain

2. Lanjut usia tidak saja ditandai dengan kemunduran fisik tetapi dapat pula berpengaruh terhadap kondisi mental. Semakin lanjut seseorang, kesibukan sosialnya akan semakin berkurang hal mana akan dapat mengakibatkan berkurangnya integritas dengan lingkungannya. Hal ini dapat memberikan dampak bagi kebahagiaan seseorang
3. Pada usia mereka yang telah lanjut, sebagian daripada lanjut usia tersebut masih mempunyai kemampuan untuk bekerja. Permasalahan yang mungkin timbul adalah bagaimana memfungsikan tenaga dan kemampuan mereka tersebut didalam situasi keterbatasan kesempatan kerja. Disamping itu, masih ada sebagian dari lanjut usia dalam keadaan terlantar, selain tidak mempunyai bekal hidup dan pekerjaan/penghasilan, mereka juga tidak mempunyai keluarga/sebatang kara.
4. Dalam masyarakat tradisonal biasanya lanjut usia dihargai dan dihormati sehingga mereka masih dapat berperan yang berguna bagi masyarakat. Akan tetapi, dalam masyarakat industri ada kecendrungan mereka kurang dihargai sehingga mereka terisolir dari kehidupan masyarakat.
5. Didasarkan pada sistem kultural yang berlaku maka mengharuskan generasi tua/lanjut usia masih dibutuhkan sebagai pembina agar jati diri budaya dan ciri-ciri khas Indonesia tetap terpelihara kelestariannya.
6. Karena kondisinya, lanjut usia memerlukan tempat tinggal atau fasilitas perumahan yang khusus.

Masalah fisik sehari-hari yang sering ditemukan pada lanjut usia : mudah jatuh, mudah lelah, kekacauan mental akut, nyeri dada, sesak nafas pada waktu pada melakukan kerja fisik, berdebar-debar, pembengkakan kaki bagian bawah, nyeri pinggang atau punggung, nyeri pada sendi pinggul, berat badan menurun, sukar menahan buang air seni, sukar menahan buang air besar, gangguan pada ketajaman penglihatan, gangguan pada pendengaran

(*preqbiakusis*), gangguan tidur (*sulit tidur*), keluhan pusing-pusing, keluhan persaan dingin-dingin dan kesemutan pada anggota badan dan mudah gatal-gatal (Nugroho, 2000)

Menurut Kunjtoro (2002), ada beberapa faktor yang dihadapi para lansia yang sangat mempengaruhi kesehatan jiwa mereka, yaitu :

1. Penurunan kondisi fisik

Setelah memasuki masa lansia umumnya mulai dihinggapinya adanya kondisi fisik yang bersifat patologis berganda (*multiple patologi*), misalnya tenaga berkurang, energi menurun, kulit makin keriput, gigi makin rontok, tulang makin rapuh, dsb. Hal ini dapat menimbulkan gangguan atau kelainan fungsi fisik, psikologik maupun sosial, yang selanjutnya dapat menyebabkan suatu keadaan ketergantungan kepada orang lain.

2. Penurunan fungsi dan potensi seksual

Penurunan fungsi dan potensi seksual pada lansia sering kali berhubungan dengan berbagai gangguan fisik, seperti : gangguan jantung, gangguan metabolisme, vaginitis, baru selesai operasi, kekurangan gizi, penggunaan obat-obat tertentu dan faktor psikologis.

3. Perubahan aspek psikososial

Pada umumnya setelah memasuki lansia maka akan mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi : proses belajar, pemahaman, pengertian, dll, sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi makin lambat. Sementara fungsi psikomotor (konatif) meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti : gerakan, tindakan, koordinasi, yang berarti bahwa lansia menjadi kurang cekatan.

4. Perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan

Pada umumnya perubahan diawali ketika masa pensiun.

5. Perubahan dalam peran sosial di masyarakat

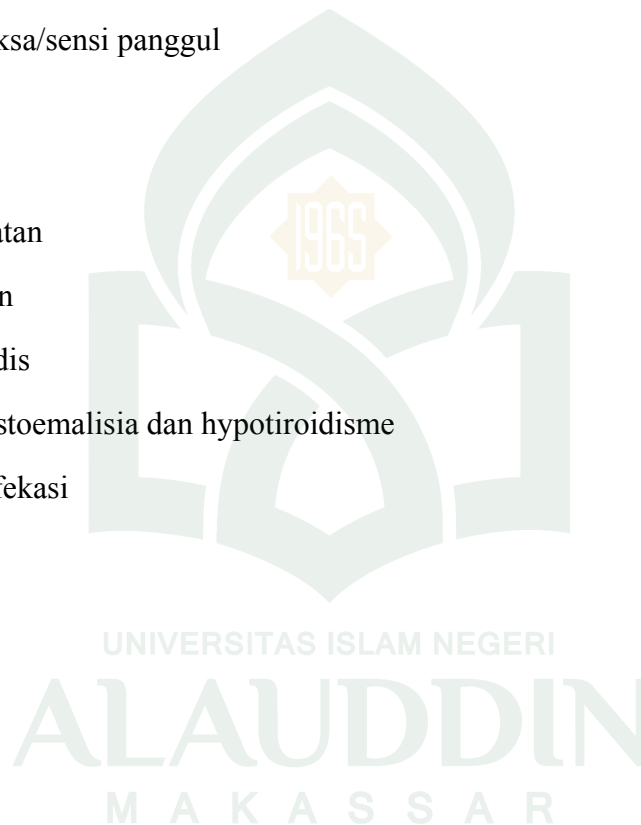
Akibat berkurangnya fungsi indra pendengaran, penglihatan, gerak fisik, dsb, maka muncul gangguan fungsional atau bahkan kecacatan pada lansia sehingga sering menimbulkan keterasingan

Penyakit yang sering dijumpai pada Lanjut Usia Menurut Stieglitz (1945), dikemukakan adanya empat penyakit yang sangat erat hubungannya dengan proses menua (Nugroho, 2000), yakni :

1. Gangguan sirkulasi darah, seperti : hipertensi, kelainan pembuluh darah, gangguan pembuluh darah di otak (*koroneri*) dan ginjal
2. Gangguan metabolisme hormonal, seperti : diabetes militus, klimakterium dan ketidakseimbangan tyroid
3. Gangguan pada persendian, seperti : osteoarthritis, gout arthritis ataupun penyakit kolagen lainnya
4. Berbagai macam neoplasma

Menurut “ *The National Old People’s Welfare Council* ” di Inggris mengemukakan bahwa penyakit atau gangguan umum pada lanjut usia ada 12 macam (Nugroho, 2000), yakni :

1. Depresi mental
2. Gangguan pendengaran
3. Bronkitis kronis
4. Gangguan pada tungkai/sikap berjalan
5. Gangguan pada koks/sensi panggul
6. Anemia
7. Demensia
8. Gangguan penglihatan
9. Ansietas/kecemasan
10. Dekompensasi kordis
11. Diabetes militus, ostoemalisia dan hypotiroidisme
12. Gangguan pada defekasi



Penyakit / keluhan		%
Arthritis/reumatisme	49,0	(Pr>Lk)
Hypertensi + CVD	15,2	(Pr>Lk,r<u)
Bronkitis/ dispnea	7,4	(Pr<Lk)
Diabetes militus	3,3	(Pr=Lk,r<u)
Jatuh	2,5	(Pr>Lk)
Stroke/ paralisis	2,1	(r>u)
TBC	1,8	(Pr=Lk)
Fraktur tulang	1,0	(Pr=Lk)
kanker	0,7	(Pr>Lk)
masalah kesehatan yang mempengaruhi ADL	29,3	(r<u)

Menurut kemampuannya dalam berdiri sendiri para lanjut usia dapat digolongkan dalam kelompok-kelompok sebagai berikut (Nugroho 2000) :

1. Lanjut usia mandiri sepenuhnya
2. Lanjut usia mandiri dengan bantuan langsung keluarganya
3. Lanjut usia mandiri dengan bantuan tidak langsung
4. Lanjut usia dibantu oleh badan sosial
5. lanjut usia panti sosial tresna werda
6. lanjut usia yang dirawat di rumah sakit
7. lanjut usia yang menderita gangguan mental

## B. Tinjauan Tentang Disabilitas fungsional

### E. Pengertian Disabilitas Fungsional

*Disability* atau disabilitas adalah setiap keterbatasan atau kekurangan (yang terjadi akibat penyakit) pada kemampuan untuk melaksanakan aktivitas dengan cara atau dalam batas-batas yang dianggap normal bagi

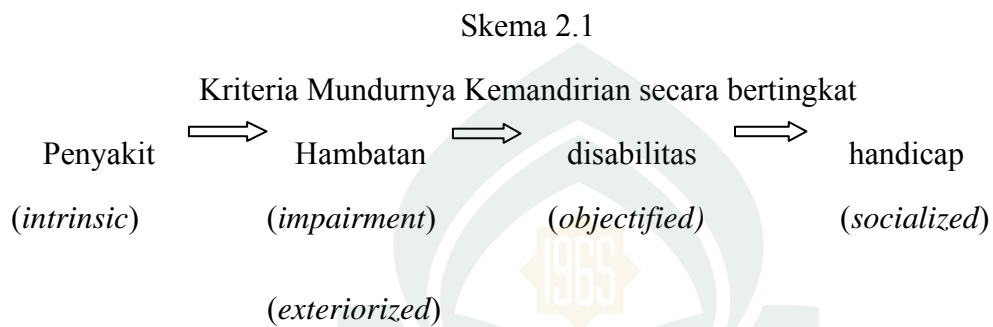


seorang manusia. *Function* atau fungsi adalah kerja seseorang, suatu organ atau struktur yang alami (Weller, 2005). Disabilities atau kecacatan, yaitu hambatan anatomis/fungsional objektif akibat penyakit yang diderita (Pujiastuti dan Utomo, 2003)

Batasan disabilitas fungsional menurut *Internasional Classification of functioning disability and health* (ICIDH-2), adalah suatu kondisi kehidupan seseorang sebagai dampak dari interaksi hubungan yang kompleks antara kondisi kesehatannya dengan faktor-faktor personal maupun eksternal. (WHO, 2001 dalam Palestin, 2006). Sedangkan kemunduran gerak fungsional atau disabilitas fungsional menurut definisi terdahulu dalam *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) adalah keterbatasan atau menurunnya kemampuan gerakan seseorang untuk melakukan aktivitas tertentu yang disebabkan adanya kelemahan/kecacatan (*Impairments*) (WHO, 1980 dalam Palestin 2006).

Menurut Disabled Peoples International (1986) menyusun definisi Disabilitas Fungsional sebagai adanya keterbatasan atau kehilangan kesempatan bagi seseorang untuk mengambil bagian dalam kehidupan normal sesuai dengan lingkungan atau derajat kehidupan yang sama dengan orang lain karena adanya hambatan fisik (Oliver, 1998 dalam Palestin 2006). Disabilitas fungsional dalam konteks ICIDH-1 merupakan terminologi yang memiliki implikasi pada tiga aspek yaitu : kelemahan, keterbatasan aktivitas, dan keterbatasan partisipasi, peningkatan disabilitas fungsional pada lansia merupakan akibat dari bertambahnya umur seseorang dan proses kemunduran yang dipengaruhi pula oleh proses penuaan dan multi penyakit (Palestin 2006).

Sebagai kriteria mundurnya kemandirian, WHO (1989) telah mengembangkan pengertian /konsep secara bertingkat (FK UI 2006), sebagai berikut:



*Impairment* adalah kehilangan atau kelainan , baik psikologik, fisiologik ataupun struktur atau fungsi anatomik. Disabilitas adalah semua restruksi atau kekurangan dalam kemampuan untuk melakukan kegiatan yang dianggap dapat dilakukan oleh orang normal. Handicap adalah suatu ketidakmampuan seseorang sebagai akibat impairments atau disabilitas sehingga membatasinya untuk melaksanakan peranan hidup secara normal (termasuk disini hubungan dengan usia, jenis kelamin, dan faktor-faktor sosial budaya).

Disabilitas atau kemunduran gerak fungsional pada lansia menunjukkan adanya kesulitan, keterbatasan atau ketergantungan pada orang lain dalam melakukan atau memenuhi AKS atau AIKS (Lenze, Rogers, Martire, Mulsant, Rollman, Dew, Scholz, Reinolds III, 2001 dalam palestini, 2006). Menurut Suurmiejer, Doeglas, Mourn, Briancon, krol,

Sanderman, Guilemin, Bjelleh, dan Heuvel (1994, dalam palestini 2006).

Tingkat keterbatasan aktivitas dapat dikelompokkan menjadi :

1. Dapat melakukan pekerjaan secara mandiri dengan tanpa kesulitan apapun
2. Dapat melakukan pekerjaan secara mandiri namun mendapatkan sedikit kesulitan
3. Dapat melakukan pekerjaan secara mandiri namun mengalami kesulitan yang cukup besar
4. Tidak dapat melakukan pekerjaan secara mandiri sehingga membutuhkan bantuan orang lain
5. Tidak mampu melakukan semua pekerjaan sehingga sangat tergantung pada orang lain.

Disabilitas fungsional wanita lebih tinggi bila dibandingkan pria atau prevalensi kebutuhan untuk mendapatkan bantuan AKS pada wanita selama 21,3 tahun dan pria selama 18,6 tahun (Jitapunkul, dkk, 2003 dalam palestini 2006). Para ahli telah sepakat menggunakan parameter AKS untuk mengukur disabilitas fungsional seseorang dengan mengklasifikasinya berdasarkan kepemilikan ketergantungan dalam beraktivitas sehari-hari, misalnya: mandi, memakai baju, berjalan, kebersihan diri dan mobilisasi (Liang, Bennet, dan Whitelaw, 1991; Jonson & Wolinsky, 1997; Moum, 1997; Wiblay, Hogan & Fung, 1996; Hoeymans, Feskens & Kromholt, 1997; Mulsant, Ganuli & Seader, 1997; Kempen, Miedema & Bos, 1998 dalam palestini)

### **C. Tinjauan Tentang Depresi**

1. Pengertian Depresi

Depresi adalah suatu perasaan sedih dan pesimis yang berhubungan dengan suatu penderitaan. Dapat berupa serangan yang ditujukan pada diri sendiri atau perasaan marah yang dalam (Nugroho, 2000). Depresi merupakan salah satu gangguan mental yang sering ditemukan pada pasien Geriatric. Secara umum depresi ditandai oleh suasana perasaan yang murung, hilang minat terhadap kegiatan, hilang semangat, lemah, lesu dan rasa tidak berdaya. Pada pasien usia lanjut tampilan yang paling umum adalah keluhan somatik, hilang selera makan dan gangguan pola tidur (Dharmono, 2002; Burkhart, 2000 dalam dewi, 2004 dalam kalbe, 2007). Para ahli memandang depresi sebagai suatu reaksi terhadap disabilitas fisik yang berhubungan dengan penyakit (Mayeux, dkk 1981 dalam Idrus, dalam kalbe 2007)

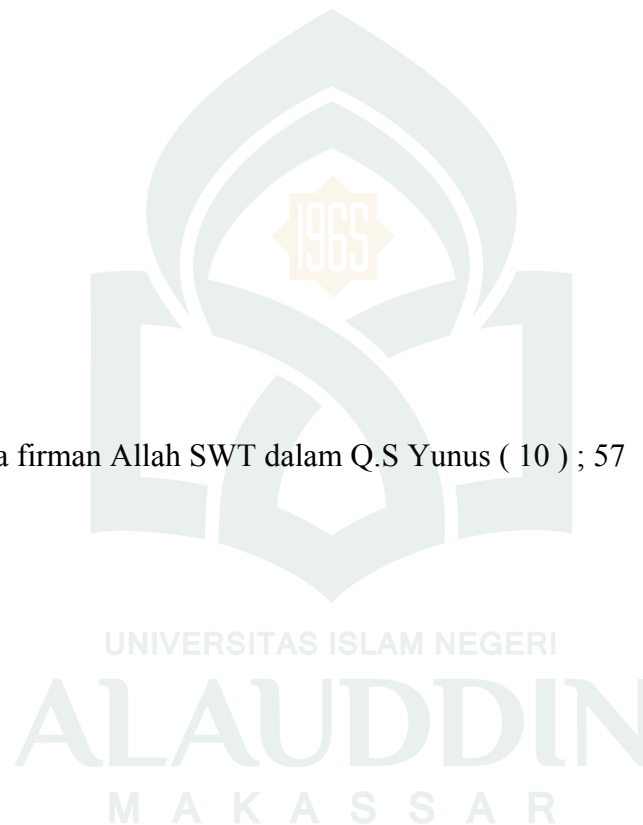
Depresi : dengan komponen psikologik, misalnya : rasa sedih, susah, rasa tak berguna, gagal, kehilangan, tak ada harapan, putus asa, penyesalan yang patologis : dan komponen somatik, misalnya : anoreksia, konstipasi, kulit lembab (rasa dingin), tekanan darah dan nadi menurun sedikit, bila gangguan tidur, anoreksia, atau berkurangnya semangat bekerja/bergaul dan nafsu seksual timbul bersamaan maka ingatlal akan adanya depresi. Ada jenis depresi dengan penarikan diri dan adapula dengan kegelisahan atau agitasi (maramis, 1995).

Depresi adalah penurunan aktivitas fungsional. Dalam psikiatri, kesedihan yang morbid, Djeksi, melankoli (harus dibedakan dari kedukaan ; kedukaan relistis dan proporsional dengan kenyataan). Depresi yang mendalam atau meupakan gejala kelainan psikiatri atau merupakan manifestasi utama nuerosis atau psikosis. Depresi endogen kadang-kadang terjadi tanpa penyebab yang nyata dalam proses perjanan psikosis manik

depresif. Perubahan emosi disertai pelambatan pikiran, tindakan, dan perasaan bersalah. Resesif depresi terjadi akibat kejadian tertentu seperti sakit, kehilangan uang, kematian (weller, 2005).

Depresi atau melankolia, suatu kesedihan atau perasaan duka yang berkepanjangan, dapat digunakan untuk menunjukkan sebagai fenomena tanda, gejala, syndrom, keadaan emosional, reaksi, penyakit atau klinik (Stuart & Sundeen, 1998).

Sebagaimana firman Allah SWT dalam Q.S Yunus ( 10 ) ; 57



Penyebab depresi bisa dilihat dari faktor biologis, misalnya (dalam sakit, pengaruh, hormonal, depresi pasca melahirkan, penurunan berat yang drastis) dan faktor psikososial (misalnya konflik individual atau

interpersonal, masalah eksistensi, masalah kepribadian, masalah keluarga). (e-psikologi.com, 2001). Disabilitas fungsional dalam pemenuhan AKS dan AIKS juga dapat mengakibatkan respon depresi dari lansia (Kempen, Verbrugge, Merrill & Ormel, 1998; Lenze et al., 2001; Harris, Cook, Victor, Rink, Mann, Shah, DeWilde, & Beighton, 2003 dalam palestine 2006).

Fungsi psikomotorik (konatif) meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi, yang berakibat bahwa lansia menjadi kurang cekatan. Ketidaksesuaian antara keinginan dengan kapasitas fungsional lansia dapat mengakibatkan depresi. Disabilitas fungsional lansia terutama pemenuhan kebutuhan dasar sehari-hari akan memberikan dampak psikologis yang mengganggu. Keinginan untuk melakukan sesuatu terbentur pada keterbatasan fisik. Akhirnya kesenjangan tersebut menimbulkan depresi (palestine 2006).

Menurut Palestine (2006, dalam penelitiannya menemukan beberapa keterbatasan fisik yang beresiko menimbulkan gejala depresi, misalnya : gangguan penglihatan. Gangguan pendengaran, gangguan mobilisasi, kesulitan berpakaian, berjalan terganggu, kesulitan toileting, kesulitan mandi, kesulitan merapikan diri, pola tidur terganggu, kelemahan otot, ekstremitas bawah dan kelemahan otot ekstremitas atas. Dengan adanya peningkatan disabilitas fungsional maka akan muncul efek ikutan yang mengganggu fungsi efektif (emosi). Efek disabilitas fungsional yang dapat menyebabkan respon depresi, antara lain : meningkatnya peristiwa yang tidak menyenangkan, kontrol perasaan/emosi menurun, harga diri rendah, aktivitas sosial terbatas dan terjadi ketegangan hubungan interpersonal (Palestine, 2006). Menurut Lampinen & Heikkinen (2003, lansia yang

mengalami gangguan mobilitas memiliki resiko dua kali lebih tinggi dibanding lansia yang memiliki mobilitas aktif (Palestin, 2006).

Depresi atau Melankolis (Sunaryo, 2004) :

1. Ciri-ciri psikologik, misalnya sedih, susah, murung, rasa tak berguna, gagal, kehilangan, tak ada harapan, putus asa dan penyesalan yang patologis
2. Ciri-ciri somatik misalnya anoreksia, konstipasi, kulit lembab atau dingin, TD dan pols/turun. Ada depresi dengan penarikan diri dan agitasi atau kegelisahan.

Gejala-gejala umum (Nugroho, 2000) :

1. Pandangan kosong
2. Kurang atau hilangnya perhatian diri, orang lain, atau lingkungannya
3. Inisiatif menurun
4. Ketidakmampuan untuk berkonsentrasi
5. Aktivitas menurun
6. Kurangnya nafsu makan
7. Mengeluh tidak enak badan dan kehilangan semangat, sedih, atau cepat capai disepanjang waktu
8. Mungkin susah tidur dimalam hari

Individu yang terkena depresi umumnya menunjukkan gejala psikis, fisik dan sosial yang khas seperti : murung, sedih berkepanjangan, sensitif, mudah marah dan tersinggung, hilangnya semangat kerja, hilang rasa percaya diri, hilang konsentrasi, dan menurunnya daya tahan (e-psikologi.com, 2001)

Menurut e-psikologi.com (2001), gejala fisik meliputi : sulit tidur, perilaku yang pasif, sulit memfokuskan perhatian atau pikiran pada suatu hal

atau pekerjaan, kehilangan sebagian atau seluruh motivasi kerjanya dan perasaan negatif. Gejala psikisnya meliputi : kehilangan rasa percaya diri, sensitif, merasa tidak berguna, perasaan bersalah dan perasaan terbebani. Sedangkan gejala sosial meliputi : merasa tidak mampu untuk bersikap terbuka dan berinteraksi, serta terjadi konflik.

Table 2.2

Perilaku yang berhubungan dengan depresi (Stuart & Sunden, 1998)

Afektif	Fisiologik	Kognitif	Perilaku
Kemarahan	Nyeri abdomen	Ambivalens	Agresif
Ansietas	Anoreksia	Kebingungan	Agitasi
Apatis	Sakit punggung	Ketidakmampuan	Alkoholisme
		Berkonsentrasi	
Kepahitan	Nyeri dada	Tidak dapat	Perubahan
		Mengambil	Tingkat aktivitas
		Keputusan	
Kekesalan	Konstipasi	Kehilangan minat	Kecanduan
		Dan motivasi	Obat
Penyangkalan	Pusing	Menyalahkan diri	Intoleransi
Perasaan		Sendiri	
Kemurungan	Keletihan	Mencela diri sendiri	Mudah tersinggung
Rasa bersalah	Sakit kepala	Pikiran yang	Kurang spontanitas
		Deskruktif tentang	
		Diri sendiri	
Ketidakberdayaan	Impoten	Pesimis	Sangat tergantung
Keputusasaan	Gangguan	Ketidakpastian	Kebersihan diri



	Pencernaan		Yang kurang
Kesepian	Insomnia		
	Keterbelakangan		
Harga diri rendah	Kelesuan		Psikomotor
Kesedihan	Perubahan haid		Isolasi social
Menangis			Mudah
Rasa tidak berharga	Neusea		Kurang mapu
			Mencapai hasil
	Makan berlebihan		Menarik diri
	Tidak responsive		
	Secara seksual		
	Gangguan tidur		
	Muntah		
	Perubahan berat		
	Badan		

### **BAB III**

### **KERANGKA KONSEP PENELITIAN**

#### **A. Kerangka Konsep**

berdasarkan uraian ringkas dalam latar belakang masalah dan tinjauan pustaka maka kerangka konsep penelitian adalah sebagai berikut :

Hubungan antar variabel penelitian

### Variabel Indpenden

Disabilitas Fungsional

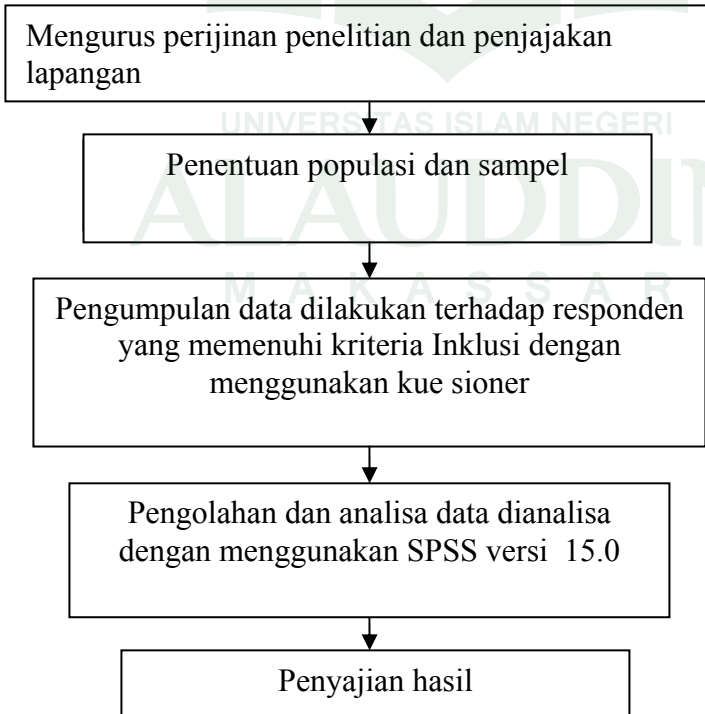


### Variabel Dependen



## B. Kerangka kerja

### Alur penelitian



## **Variabel Penelitian**

### **D. Identifikasi variabel**

Variabel dalam penelitian ini ada dua, yaitu : variabel independen dan variabel dependen.

Yang termasuk variabel independen adalah disabilitas fungsional yang difokuskan pada keterbatasan lansia dalam pemenuhan kebutuhan dasar dan atau kebutuhan dasar instrumental sehari-hari, sedangkan yang termasuk variabel dependen adalah depresi pada lansia

### **C. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif**

#### **1. Variabel independen**

- **Disabilitas Fungsional**
  - **Defenisi operasional**

Keterbatasan lansia untuk memenuhi kebutuhan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS).

Kebutuhan AKS meliputi: Pemenuhan kebutuhan mobilisasi, pemenuhan kebutuhan nutrisi, pemenuhan kebutuhan eliminasi, pemenuhan kebutuhan kebersihan diri, serta pemenuhan kebutuhan penampilan diri.

- **Cara ukur**

Diukur dengan menghitung skor yang di peroleh dengan menggunakan the Groningen Activity Restriction Scale (GARS) (suumeijer et al 1994)

- **Kriteria Objektif :**

Dikatakan berat jika skornya :  $\geq 25$

Dikatakan sedang jika skornya : 18 - 24

Dikatakan ringan jika skornya :  $\leq 17$

## 2. Variabel Dependen

- Depresi

- Defenisi Operasional

Depresi adalah suatu perasaan sedih, tertekan atau kehilangan minat terhadap apapun karena ketidak mampuan untuk melakukan kegiatan atau aktivitas

- Cara Ukur

Diukur dengan menghitung skor yang di peroleh dengan menggunakan the Geriatric Depression Skale 10- item (GDS-10) (Sutcliffe, Cordingley et al 2000)

- Kriteria Objektif

Dikatakan tidak depresi jika skornya  $\leq 30\%$

Dikatakan depresi jika skornya  $\geq 70\%$

## D. Hipotesis Penelitian

### 1. Hipotesis Nul

Tidak ada hubungan antara keterbatasan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (**AKS**) pada lansia dengan kejadian depresi pada lansia.

### 2. Hipotesis Alternatif

Ada hubungan antara keterbatasan AKS pada lansia dengan kejadian depresi pada lansia



## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Rancangan Penelitian**

Metode penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian *Analitik* dengan jenis penelitian *cross sectional*.

Penelitian *Analitik* bertujuan untuk menganalisa peristiwa-peristiwa yang terjadi pada masa kini. Penelitian korelasional bertujuan mengungkapkan hubungan korelatif antar variabel. Sedangkan penelitian *cross sectional* adalah jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali, pada suatu saat (Nursalam, 2003).

#### **B. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah setiap subjek (misalnya manusia; pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Populasi yang diteliti adalah semua lansia yang

berusia diatas atau sama dengan 60 tahun yang berada di panti sosial Tresna Werdha gau mabaji, kab. Gowa.

## 2. Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2007). Sampel yang diteliti adalah lansia yang memenuhi kriteria inklusi.

### a. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

#### 1) Kriteria Inklusi

Menurut Nursalam kriteria Inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Hidayat, 2007). Kriteria Inklusi dalam penelitian adalah sebagai berikut :

- a). lansia yang berada di panti sosial Tresna Werdha gau mabaji, kab. Gowa
- b). lansia berusia diatas atau sama dengan 60 tahun – 90 tahun
- c). lansia bersedia menjadi responden

#### 2) Kriteria Eksklusi

Merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Hidayat, 2007). Kriteria Eksklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a). lansia dalam kondisi sakit parah/terminal
- b). lansia yang tidak mampu berkomunikasi
- c). lansia yang mengalami gangguan jiwa

### b. Besar sampel

Pengambilan sampel dilakukan berdasarkan total sampling dengan penentuan besar sampel berdasarkan kriteria Inklusi

## C. Alat Pengumpulan Data

### 1. Data karakteristik Responden

Menggunakan kuesioner yang menekankan pada informasi demografis, aktivitas keseharian dan kesehatan responden

### 2. Skor Depresi

Untuk mengukur skor depresi menggunakan skala depresi geriatri (*geriatric Depression Scale 10- item*) yang selanjutnya disebut GDS-10 terdiri dari 10 pertanyaan YA/TIDAK merupakan versi lebih pendek dari skala Depresi Geriatri yang asli (*Geriatric depression scale 30-item*). Rentang nilai 0-10. GDS-10 telah di gunakan sebagai instrumen penyaring status depresi pada lansia dan dampak penyakit lain sebab memiliki struktur yang ringkas dan dapat diisi oleh pengamat atau klien sendiri (shah et al, 1996 dalam palestine, 2006). Selanjutnya Sutcliffe et al (2000) dalam palestine (2006) mengkategorikan skor GDS-10, sebagai berikut :

Skor  $\leq 30\%$  = Menunjukkan tidak depresi

Skor  $\geq 70\%$  = Menunjukkan depresi

### 3. Skor Disabilitas Fungsional

Disabilitas fungsional lansia diukur menggunakan skala keterbatasan aktivitas dalam memenuhi kebutuhan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) (*Groningen Activity Restriction scale / GARS*) (Suurmeijer et al, 1994 dalam palestine, 2006). GARS dikembangkan oleh tim ahli dari *University of Groningen* Belanda. Alat ukur ini terdiri dari dua kelompok, yaitu pemenuhan AKS/ADL (17 pertanyaan) (palestine, 2006).

GARS digunakan untuk mengukur disabilitas dalam pemenuhan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) di gunakan untuk memonitor kondisi pasien dan mengidentifikasi intervensi yang di butuhkan. Penilaian respon lebih berfokus pada kemampuan yang di miliki lansia untuk melakukan pekerjaan secara mandiri, bukan pada kebiasaan lansia melakukan pekerjaan tertentu (Palestine, 2006). Suurmeijer et al., (1994) mengkategorikan skor GARS sebagai berikut:

1. Dapat melakukan pekerjaan secara mandiri dengan tanpa kesulitan apapun
2. Dapat melakukan pekerjaan secara mandiri namun masih memerlukan alat bantu
3. Tidak dapat melakukan pekerjaan sehari-hari tanpa bantuan orang lain

#### **D. Pengolahan dan Analisis Data**

##### **1. Pengolahan Data**

Setelah data dikumpulkan, peneliti mengolah data dengan melakukan:

###### **a. Editing**

Editing adalah kegiatan untuk memeriksa validitas data yang masuk. Peneliti memeriksa data yang masuk, meliputi : pemeriksaan atas kelengkapan kuesioner dan alat ukur.

###### **b. Koding**

Koding adalah kegiatan untuk mengklasifikasikan data/jawaban menurut kategorinya masing-masing. Peneliti memberikan kode pada setiap daftar pertanyaan yang akan diisi oleh responden.

###### **c. Tabulasi**

Tabulasi adalah kegiatan untuk meringkaskan data yang masuk (data mentah) ke dalam tabel-tabel yang telah dipersiapkan. Peneliti memasukkan data yang telah diperoleh ke dalam label yang telah disusun agar memudahkan saat membaca dan analisa data.



## 2. Analisa Data

Setelah memperoleh nilai dari masing-masing tabel, selanjutnya data dianalisa dengan menggunakan atau memanfaatkan statistik.

### a. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan dengan tujuan untuk membuat analisis deskriptif untuk menggambarkan setiap variabel yang diteliti secara terpisah dengan cara membuat tabel frekuensi.

### b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat terdiri dari : analisa tabulasi silang atau *crosstabs*. Dengan menggunakan uji statistik *Chi-Square*

Kerahasiaan informasi dari responden dijamin oleh peneliti, peneliti hanya melaporkan data tertentu sebagai hasil penelitian.

## E. Tempat dan Waktu Penelitian

### 1. Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di panti sosial Tresna werdha gau mabaji, kab. Gowa

### 2. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei 2010

## F. Masalah Etika

Dalam melakukan penelitian, peneliti mendapat rekomendasi dari institusi dengan mengajukan permohonan izin kepada institusi/lembaga tempat penelitian dan dalam pelaksanaan penelitian tetap memperhatikan masalah etik meliputi:

### 1. Lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*)

Persetujuan yang diberikan pada responden yang diteliti yang memenuhi kriteria inklusi.

## 2. *Anonimity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden, tetapi lembar tersebut diberikan kode.

## 3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

# BAB V

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan di bahas hasil penelitian tentang “Hubungan Disabilitas Fungsional dengan depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab.Gowa ”

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni 2010 di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab.Gowa.

Data yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk tabel, dan narasi. Pada penyajian hasil di bagi dalam dua bagian yaitu: 1) Karakteristik demografi responden yang menampilkan karakteristik responden yaitu pendidikan, umur, status perkawinan, agama, lama menghuni, alasan masuk panti. 2) Variabel yang di ukur meliputi tipe kepribadian dan depresi

## A. HASIL PENELITIAN

### 1. Karakteristik demografi responden

#### 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1

Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Panti Sosial Tresna Wredha Gau  
Mabaji Kab.Gowa. Juni 2010

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki- Laki	7	23,33
Perempuan	23	76,67
<b>Jumlah</b>	30	100

Sumber : Data Primer tahun 2010

Dari Tabel 5.1 diatas menunjukkan bahwa jenis kelamin dari 30 responden mayoritas Perempuan yang berjumlah 23 orang (76,67%) sedangkan sisanya 7 orang (23,33%) adalah laki-laki

## 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.2

Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Panti Sosial Tresna Wredha Gau  
Mabaji Kab.Gowa. Juni 2010

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Sekolah	15	50,0
SD/SR	10	33,3
SLTP	0	0
SMA	4	13,3
PT	1	3,3
<b>Jumlah</b>	30	100,0

Sumber : Data Primer (2010)

Dari Tabel 5.2 diatas menunjukkan bahwa pendidikan dari 30 responden mayoritas adalah Tidak Sekolah sebanyak 15 orang (50,0%), SD 10 orang (33,3%), SLTP tidak ada (0%), SMA sebanyak 4 orang (13,3% ), sedangkan perguruan Tinggi hanya 1 orang (3,3%).

### 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan

Tabel 5.3

Distribusi Responden Berdasarkan status perkawinan di Panti Sosial  
Tresna Wredha Gau Mabaji Kab.Gowa. Juni 2010

Status perkawinan	Frekuensi	Persentase (%)
Kawin	9	30,0
Janda	13	43,3
Duda	7	23,3
Tidak kawin	1	3,3
<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Sumber : Data Primer (2010)

Dari tabel 5.3 diatas menunjukkan dari 30 responden berdasarkan status perkawinan jumlah lansia yang kawin sebanyak 9 orang (30,0%), janda sebanyak 13 orang (43,3%), Duda sebanyak 7 orang (23,3%), sedangkan yang tidak kawin hanya 1 orang (3,3%). Dengan demikian rata-rata lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa. Juni 2010 adalah Janda.

#### 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Keterbatasan

Tabel 5.4

Distribusi Responden Berdasarkan Keterbatasan

di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kab.Gowa. Juni 2010

Keterbatasan	Frekuensi	Persentase (%)
G. Penglihatan	15	50,0
G. Pendengaran	8	26,7
G. Mobilitas	7	23,3
<b>jumlah</b>	30	100,1

Sumber : Data Primer (2010)

Dari tabel 5.4 diatas menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan Keterbatasan lansia yaitu, Ganggguan penglihatan lansia 15 orang (50,0%) responden,

Gangguan pendengaran lansia 8 orang (26,7%) responden, sedangkan Gangguan mobilitas lansia 7 orang (23,3%) responden. Berdasarkan distribusi diatas menunjukkan rata-rata keterbatasan lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa Juni 2010 adalah gangguan penglihatan.

#### 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Status Fungsional

Tabel 5.5

Distribusi Responden Berdasarkan Status Fungsional  
di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa Juni 2010

Status Fungsioanal	Frekuensi	Persentase (%)
Tergantung	5	16,7
Sebagian Dibantu	7	23,3
Mandiri	18	60,0
<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Sumber : Data Primer (2010)

Dari tabel 5.5 diatas menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan Status Fungsional yaitu jumlah lansia yang berada dipanti, Tergantung sebanyak 5 orang (16,7%), Sebagian di bantu sebanyak 7 orang (23,3%), sedangkan yang mandiri sebanyak 18 orang (60,0%). Jadi rata-rata status fungsional lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa Juni 2010 adalah Mandiri.

## 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Aktivitas Keseharian

Tabel 5.6  
Distribusi Responden Berdasarkan Aktivitas Keseharian panti  
di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kab.Gowa. Juni 2010

Aktivitas Keseharian	Frekuensi	Persentase (%)
Menggunakan Alat Bantu	10	33,3
Tanpa Menggunakan Alat Bantu	20	66,7
<b>Jumlah</b>	30	100,0

Sumber : Data Primer (2010)

Dari tabel 5.6 diatas menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan Aktivitas Keseharian dari 30 responden, lansia yang aktivitas kesehariannya menggunakan alat bantu sebanyak 10 orang (33,3%), sedangkan yang tidak/tanpa menggunakan alat bantu sebanyak 20 orang (66,7%). Kebanyakan lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa Juni 2010 dalam aktivitas keseharian tidak/tanpa menggunakan alat bantu.



## 2. Variabel yang diukur

Pada bagian ini akan disajikan mengenai distribusi Keterbatasan Aktivitas kehidupan sehari-hari dengan depresi Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji kab Gowa.

### 1. Distribusi Responden Berdasarkan Keterbatasan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari

Tabel 5.7

Distribusi Responden Berdasarkan Keterbatasan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kab.Gowa. Juni 2010

Keterbatasan Aktivitas	Frekuensi	Persentase (%)
Ringan	14	46,7
Sedang	6	20,0
Berat	10	33,3
<b>Jumlah</b>	30	100,0

Sumber : Data Primer (2010)

Dari tabel 5.7 diatas menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan keterbatasan aktivitas lansia yaitu 14 orang (46,7%) yang mengalami keterbatasan aktivitas Ringan, 6 orang (20,0%), yang mengalami keterbatasan aktivitas Sedang, sedangkan yang mengalami keterbatasan aktivitas berat sebanyak 10 orang (33,3%).

Dengan demikian keterbatasan aktivitas lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa Juni 2010 adalah rata-rata ringan.

## 2. Distribusi responden berdasarkan skala depresi

Tabel 5.8

Distribusi Responden Berdasarkan skala depresi  
di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kab.Gowa. Juni 2010

Skala depresi	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak depresi	4	13,3
Depresi	26	86,7
<b>Jumlah</b>	30	100,0

Sumber : Data Primer (2010)

Dari tabel 5.8 diatas menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan skala depresi yakni, dari 30 responden terdapat 4 orang (13,3%) yang tidak depresi dan yang depresi berjumlah 26 orang (86,7%). Dengan demikian rata-rata lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa Juni 2010 adalah depresi.

3. Hubungan Keterbatasan Aktivitas dengan Depresi Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab.Gowa.

Tabel 5.9

Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Keterbatasan Aktivitas dengan Depresi pada Lansia Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kab.Gowa 2010

Keterbatasan Aktivitas	Skala Depresi				Total	
	Tidak depresi		depresi			
	N	%	n	%	n	%
Ringan	3	10	5	16,7	8	26,7
Sedang	1	3,3	11	36,7	12	40
Berat	1	3,3	9	30,0	10	30,3
Total	5	16,7	25	83,3	30	100
Chi Square test   p = 0,037						

Sumber : data primer tahun 2010

Berdasarkan tabel 5.9 diatas menunjukkan bahwa pada responden yang tidak depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas ringan sebanyak 3 orang (10%) responden, yang tidak depresi dengan keterbatasan aktivitas sedang sebanyak 1 orang (3,33%) responden dan yang tidak depresi dengan keterbatasan aktivitas berat sebanyak 1 orang (3,3%) responden. Sedangkan responden yang mengalami depresi dengan keterbatasan aktivitas ringan sebanyak 5 orang (16,7%) responden, yang mengalami depresi dengan keterbatasan aktivitas sedang sebanyak 11 orang (36,7%) responden, yang mengalami depresi dengan keterbatasan aktivitas berat sebanyak 9 orang (30%) responden. dan secara keseluruhan respon terbanyak adalah yang mengalami depresi dengan keterbatasan aktivitas ringan, sebanyak 11 orang (36,7%). Analisis menggunakan uji statistik *Chi-Square* diperoleh nilai  $p=0,037$  karena nilai  $p<0,05$  Artinya  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara tingkat depresi dengan keterbatasan aktivitas pada lansia di panti sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa 2010. Dengan kata lain dapat dinyatakan bahwa depresi mempengaruhi keterbatasan aktivitas pada lansia.

## **B. PEMBAHASAN**

### **1. Keterbatasan Aktivitas Lansia**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa, maka peneliti menemukan keterbatasan aktivitas lansia yaitu 14 orang (46,7%) yang mengalami keterbatasan aktivitas Ringan, 6 orang (20,0%), yang mengalami keterbatasan aktivitas Sedang, sedangkan yang mengalami keterbatasan aktivitas berat sebanyak 10 orang (33,3%). Jadi sebagian besar lansia termasuk mengalami keterbatasan aktivitas ringan.

Hal ini terlihat pada respon lansia yang mengalami keterbatasan aktivitas ringan, mayoritas mengatakan dapat melakukan pekerjaan secara mandiri tanpa kesulitan apapun. Seperti berpakaian, mencuci dan menyetrika pakaian, makan, mandi, dan pekerjaan rumah.

Lansia yang mengalami keterbatasan aktivitas sedang, mayoritas mengatakan dapat melakukan pekerjaan namun masih memerlukan bantuan orang lain atau alat bantu seperti, berjalan di dalam rumah atau di luar rumah dan naik turun tangga dengan menggunakan tongkat. Hal ini dipengaruhi karena adanya gangguan seperti, gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran.

Sedangkan lansia yang mengalami keterbatasan aktivitas berat mayoritas mengatakan tidak dapat melakukan pekerjaan sehari-hari tanpa bantuan orang lain. Jadi semua pekerjaan dikerjakan atau dibantu oleh para penghuni panti dan pegawai yang ada di panti. Hal ini dipengaruhi oleh adanya penyakit yang diderita sebagian lansia yang berada di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa, seperti stroke, reumatik dan kecacatan. Jadi dengan kondisi tersebut, maka lansia akan mengalami gangguan mobilitasi. Maka mempengaruhi keterbatasan aktivitas lansia memerlukan bantuan orang lain, seperti berjalan di dalam rumah, mencuci dan menyetrika, beranjak dari kursi.

Dalam islam menjelaskan bahwa manusia diciptakan dari bayi yang lemah kemudian tumbuh menjadi dewasa yang kuat, dan seiring berjalannya waktu akan menjadi tua renta yang lemah. Hal ini terdapat pada firman Allah dalam Al-Quran yang :

Terjemahan :

“Allah, dialah yang menciptakan kamu dari keadaan lemah, Kemudian dia menjadikan (kamu) sesudah keadaan lemah itu menjadi kuat, Kemudian dia menjadikan (kamu) sesudah Kuat itu lemah (kembali) dan beruban. dia menciptakan apa yang dikehendaki-Nya dan dialah yang Maha mengetahui lagi Maha Kuasa”.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian di Yogyakarta yang menemukan bahwa keterbatasan lansia tidak muncul secara tunggal, namun keadaan tersebut berkaitan dengan penyakit yang terkait dengan usia lansia. Hal ini sesuai dengan pendapat *Kane et al (2005)* dalam *Darmajo dan Martono (2006)*, yang menyatakan bahwa sebagai akibat proses menua terdapat perubahan yang penyebabnya dapat di akibatkan oleh perubahan anatomik/fisiologik akibat proses menua, berbagai penyakit atau keadaan sebagai akibat penuaan dan pengaruh psikososial pada fungsi organ. Seseorang dengan Disabilitas Fungsional memiliki makna seseorang yang di identifikasi memiliki keterbatasan aktivitas seseorang yang membutuhkan orang lain/alat bantu (*CDC-NIDRR,2000 dalam palestine, 2006*).

## **2. Depresi pada Lansia**

Berdasarkan hasil penelitian GDS-10 yang dilakukan terhadap 30 lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa menunjukkan bahwa 25 orang (86,7%) yang mengalami depresi dan 5 orang (16,7%) yang tidak depresi.

Hal ini terlihat pada respon lansia yang depresi mayoritas mengatakan. Selalu merasa sedih dan murung, meninggalkan banyak kegiatan dan kesenangan, tidak ada semangat untuk melakukan sesuatu, mudah lelah atau tidak bertenaga saat melakukan kegiatan, selalu menganggap dirinya bersalah, merasa orang lain lebih baik di banding dirinya, pola makannya tidak teratur (malas makan), gangguan pola tidur dan bahkan ada

lansia yang nekat melakukan bunuh diri bila sewaktu-waktu mengalami masalah yang tak kunjung reda.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa, peneliti menemukan factor yang mempengaruhi terjadinya depresi pada lansia yaitu, terpisah atau jauh dari keluarga yang dicintai, ada keinginan yang tidak terpenuhi, seperti keinginan untuk melakukan hubungan suami istri (seks). Makalah tersebut yang mempengaruhi 25 lansia (86,7%) mengalami depresi.

Hal ini terjadi karena saat stress yang dialami oleh seseorang tidak kunjung reda, pernah merasa sedih atau jengkel, kehidupan yang penuh masalah, kekecewaan, kehilangan dan frustrasi yang dengan mudah menimbulkan ketidakbahagiaan dan keputusan (Addy Naufal, 2009).

Depresi merupakan masalah mental yang paling banyak ditemui pada lansia. Prevalensi depresi pada lansia di dunia sekitar 8 – 15 %. Hasil survey dari berbagai negara di dunia diperoleh prevalensi rata-rata depresi pada lansia adalah 13,5 % dengan perbandingan pria dan wanita 14,1 : 8,5. Sementara prevalensi depresi pada lansia yang menjalani perawatan di RS dan Panti Perawatan sebesar 30 – 45 %. Karenanya pengenalan masalah mental sejak dini merupakan hal yang penting, sehingga beberapa gangguan masalah mental pada lansia dapat dicegah, dihilangkan atau dipulihkan (Evy, 2008).

Hasil penelitian ini sesuai dengan Bondan Palestin (2006) dengan judul penelitian: pengaruh umur, status depresi dan status demensia terhadap disabilitas fungsional pada lansia di PSTW Abiyoso dan PSTW Budi Dharma. Subyek penelitian adalah lansia yang berada di dua panti wredha, yaitu: PSTW Abiyoso dan PSTW Budhi Dharma Propinsi D.I. Yogyakarta. Yang menunjukkan bahwa kombinasi umur, status depresi memiliki pengaruh yang kuat terhadap disabilitas fungsional.

### **3. Hubungan Disabilitas Fungsional Dengan Kejadian Depresi Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa**

Berdasarkan hasil pengolahan data yang dilakukan, maka terdapat responden yang tidak depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas ringan sebanyak 3 orang (10%) responden, yang tidak depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas sedang sebanyak 1 orang (3,3%) responden, dan yang tidak depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas berat sebanyak 1 orang (3,3%) responden. Sedangkan responden yang mengalami depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas ringan sebanyak 5 orang (16,7%) responden, yang mengalami depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas sedang sebanyak 11 orang (36,7%) responden, dan yang mengalami depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas berat sebanyak 9 orang (30%) responden, maka secara keseluruhan respon terbanyak adalah lansia yang mengalami depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas sedang sebanyak 11 orang (36,7%).

Lansia yang mengalami keterbatasan aktivitas sedang lebih banyak terjadi pada lansia yang mengalami depresi yakni sebanyak 11 orang (36,7%). Peneliti menemukan bahwa keterbatasan aktivitas sedang di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa, 2010 mengalami gangguan mobilitasi, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, dengan usia lansia sebagian besar diatas 70 tahun. Adanya gangguan ini menyebabkan lansia tidak mampu melakukan aktivitas kehidupan sehari-harinya secara normal yang mungkin berpengaruh terhadap psikososialnya.

Keterbatasan lansia tidak muncul secara tunggal, namun keadaan tersebut berkaitan dengan penyakit-penyakit yang dialami lansia seperti, stroke, reumatik dan TB yang terkait dengan usia lansia di mana akibat proses menua ini di akibatkan oleh perubahan anatomic atau fisiologik dan penurunan fungsi organ sehingga menyebabkan lansia tidak bias saling menolong atau melakukan kegiatan sehari-harinya.

Jadi peneliti menemukan bahwa adanya keterbatasan sedang yaitu dapat



melakukan pekerjaan namun masih memerlukan bantuan orang lain atau memerlukan alat bantu menyebabkan lansia merasa tenaganya sudah tidak dibutuhkan lagi, selalu menganggap orang lain lebih baik darinya, merasa menjadi beban bagi orang lain, maka dengan keadaan atau kondisi seperti itulah yang mempengaruhi atau menyebabkan lansia yang berada di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa, mengalami depresi.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa, maka muncul pertanyaan mengapa keterbatasan aktivitas berat kurang menyebabkan atau mempengaruhi terjadinya depresi di dibandingkan dengan keterbatasan aktivitas sedang? Hal ini dipengaruhi karena lansia yang mengalami keterbatasan aktivitas berat mendapatkan perhatian dan dukungan yang baik dari keluarganya dan status pendidikannya lebih tinggi, maka cara berfikirnya lebih kearah yang positif. Sedangkan lansia yang mengalami keterbatasan aktivitas sedang, kurang mendapatkan perhatian dan dukungan dari keluarganya, status pendidikannya yang rendah, dan status perkawinannya misalnya, lansia yang berstatus duda atau janda, kadang muncul keinginannya untuk melakukan hubungan suami istri namun tidak terpenuhi. Maka hal inilah yang mempengaruhi terjadinya depresi pada lansia yang berada di di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa 2010

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian di Yogyakarta yang menunjukkan bahwa lansia yang berada di panti memiliki gejala depresi ringan sampai berat. Bahkan lansia yang mengalami disabilitas fisik ringan sebagian besar memiliki skor GDS-15 diatas 3. Hal ini juga sesuai pernyataan *Alexopoulos et al* (2006) dalam palestini (2006), menjelaskan depresi berhubungan dengan adanya ketidak mampuan lansia. Ketidak sesuaian dengan kapasitas fungsional lansia dapat mengakibatkan depresi.

Dari hasil uji statistik *Chi-Square* di peroleh nilai  $p=0,037$  karena nilai  $p<0,05$ . Artinya  $H_0$  di tolak dan  $H_1$  di terima. Hal ini di dukung oleh hasil uji statistik pada penelitian di Yogyakarta yang menunjukkan hubungan depresi dengan disabilitas fungsional, lansia memiliki signifikan dalam batas kepercayaan 5% ( $p=0,008$ ) dan berpola positif. Dari uraian tersebut kiranya dapat dikatakan bahwa Depresi berhubungan dengan Disabilitas Fungsional Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa 2010.



## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan disabilitas fungsional dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

Terdapat hubungan antara disabilitas fungsional dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa 2010

#### **B. Saran**

1. Bagi Akademik
  - a. Memperbanyak referensi yang berkaitan dengan lansia.
  - b. Mengembangkan program pendidikan berkelanjutan bagi perawat profesional untuk meningkatkan kompetensi perawat gerontik dan komunitas dalam perawatan lansia.
2. Bagi Pelayanan Keperawatan
  - a. Bagi Keperawatan Komunitas
    - 1) Perawat harus lebih mengenal factor-faktor yang mempengaruhi depresi pada lansia.
    - 2) Perawat perlu melakukan upaya-upaya untuk mengurangi resiko disabilitas fisik pada lansia.
  - b. Bagi institusi panti di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa
    - 1) Menyediakan sarana atau alat bantu yang memudahkan lansia melakukan aktivitasnya.
    - 2) Melakukan kegiatan atau terapi aktivitas kelompok yang bisa membuat lansia merasa tidak jenuh berada jauh dari keluarga.

- 3) Perawatan terhadap lansia yang mengalami keterbatasan dapat lebih diperhatikan.
  - 4) Menambah tenaga perawat agar pemberian asuhan keperawatan pada lansia dapat terlaksana dengan baik.
3. Bagi Pengembangan Penelitian
- a. Mengembangkan penelitian yang lebih komprehensif mengenai fakto-faktor yang mempengaruhi disabilitas fungsional pada lansia
  - b. Mengembangkan penelitian lain tentang lansia



## **BAB V**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan di bahas hasil penelitian tentang “Hubungan Disabilitas Fungsional dengan depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab.Gowa ”

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni 2010 di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab.Gowa.

Data yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk tabel, dan narasi. Pada penyajian hasil di bagi dalam dua bagian yaitu: 1) Karakteristik demografi responden yang menampilkan karakteristik responden yaitu pendidikan, umur, status perkawinan, agama, lama menghuni, alasan masuk panti. 2) Variabel yang di ukur meliputi tipe kepribadian dan depresi



#### **C. HASIL PENELITIAN**

##### **4. Karakteristik demografi responden**

#### 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1

Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Panti Sosial Tresna Wredha Gau  
Mabaji Kab.Gowa. Juni 2010

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki- Laki	7	23,33
Perempuan	23	76,67
<b>Jumlah</b>	30	100

Sumber : Data Primer tahun 2010

Dari Tabel 5.1 diatas menunjukkan bahwa jenis kelamin dari 30 responden mayoritas Perempuan yang berjumlah 23 orang (76,67%) sedangkan sisanya 7 orang (23,33%) adalah laki-laki



#### 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.2

Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Panti Sosial Tresna Wredha Gau  
Mabaji Kab.Gowa. Juni 2010

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Sekolah	15	50,0
SD/SR	10	33,3
SLTP	0	0
SMA	4	13,3
PT	1	3,3
<b>Jumlah</b>	30	100,0

Sumber : Data Primer (2010)

Dari Tabel 5.2 diatas menunjukkan bahwa pendidikan dari 30 responden mayoritas adalah Tidak Sekolah sebanyak 15 orang (50,0%), SD 10 orang (33,3%), SLTP tidak ada (0%), SMA sebanyak 4 orang (13,3% ), sedangkan perguruan Tinggi hanya 1 orang (3,3%).



#### 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan

Tabel 5.3

Distribusi Responden Berdasarkan status perkawinan di Panti Sosial  
Tresna Wredha Gau Mabaji Kab.Gowa. Juni 2010

Status perkawinan	Frekuensi	Persentase (%)
Kawin	9	30,0
Janda	13	43,3
Duda	7	23,3
Tidak kawin	1	3,3
<b>Jumlah</b>	30	100,0

Sumber : Data Primer (2010)

Dari tabel 5.3 diatas menunjukkan dari 30 responden berdasarkan status perkawinan jumlah lansia yang kawin sebanyak 9 orang (30,0%), janda sebanyak 13 orang (43,3%), Duda sebanyak 7 orang (23,3%), sedangkan yang tidak kawin hanya 1 orang (3,3%). Dengan demikian rata-rata lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa. Juni 2010 adalah Janda.



#### 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Keterbatasan

Tabel 5.4  
Distribusi Responden Berdasarkan Keterbatasan  
di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kab.Gowa. Juni 2010



Keterbatasan	Frekuensi	Persentase (%)
G. Penglihatan	15	50,0
G. Pendengaran	8	26,7
G. Mobilitas	7	23,3
<b>jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100,1</b>

Sumber : Data Primer (2010)

Dari tabel 5.4 diatas menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan Keterbatasan lansia yaitu, Gangguan penglihatan lansia 15 orang (50,0%) responden, Gangguan pendengaran lansia 8 orang (26,7%) responden, sedangkan Gangguan mobilitas lansia 7 orang (23,3%) responden. Berdasarkan distribusi diatas menunjukkan rata-rata keterbatasan lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa Juni 2010 adalah gangguan penglihatan.



#### 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Status Fungsional

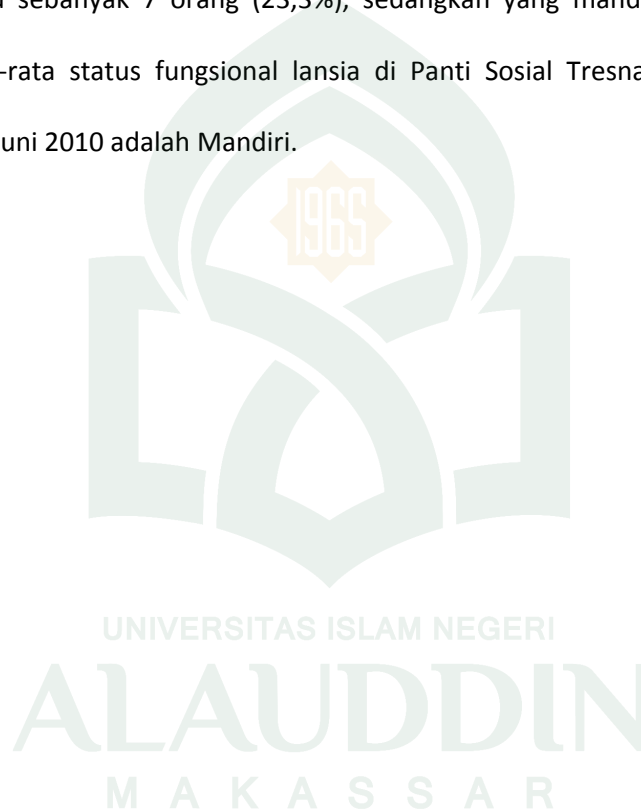
Tabel 5.5  
Distribusi Responden Berdasarkan Status Fungsional  
di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa Juni 2010

Status Fungsioanal	Frekuensi	Persentase (%)
--------------------	-----------	----------------

Tergantung	5	16,7
Sebagian Dibantu	7	23,3
Mandiri	18	60,0
<b>Jumlah</b>	30	100,0

Sumber : Data Primer (2010)

Dari tabel 5.5 diatas menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan Status Fungsional yaitu jumlah lansia yang berada dipanti, Tergantung sebanyak 5 orang (16,7%), Sebagian di bantu sebanyak 7 orang (23,3%), sedangkan yang mandiri sebanyak 18 orang (60,0%). Jadi rata-rata status fungsional lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa Juni 2010 adalah Mandiri.



#### 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Aktivitas Keseharian

Tabel 5.6  
Distribusi Responden Berdasarkan Aktivitas Keseharian panti  
di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kab.Gowa. Juni 2010

Aktivitas Keseharian	Frekuensi	Persentase (%)
Menggunakan Alat	10	33,3

Bantu		
Tanpa Menggunakan Alat Bantu	20	66,7
<b>Jumlah</b>	30	100,0

Sumber : Data Primer (2010)

Dari tabel 5.6 diatas menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan Aktivitas Keseharian dari 30 responden, lansia yang aktivitas kesehariannya menggunakan alat bantu sebanyak 10 orang (33,3%), sedangkan yang tidak/tanpa menggunakan alat bantu sebanyak 20 orang (66,7%). Kebanyakan lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa Juni 2010 dalam aktivitas keseharian tidak/tanpa menggunakan alat bantu.

## 5. Variabel yang diukur

Pada bagian ini akan disajikan mengenai distribusi Keterbatasan Aktivitas kehidupan sehari-hari dengan depresi Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji kab Gowa.

### 2. Distribusi Responden Berdasarkan Keterbatasan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari

Tabel 5.7  
Distribusi Responden Berdasarkan Keterbatasan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kab.Gowa. Juni 2010

Keterbatasan Aktivitas	Frekuensi	Persentase (%)
Ringan	14	46,7
Sedang	6	20,0
Berat	10	33,3
<b>Jumlah</b>	30	100,0

Sumber : Data Primer (2010)

Dari tabel 5.7 diatas menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan keterbatasan aktivitas lansia yaitu 14 orang (46,7%) yang mengalami keterbatasan aktivitas Ringan, 6 orang (20,0%), yang mengalami keterbatasan aktivitas Sedang, sedangkan yang mengalami keterbatasan aktivitas berat sebanyak 10 orang (33,3%). Dengan demikian keterbatasan aktivitas lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa Juni 2010 adalah rata-rata ringan.

## 2. Distribusi responden berdasarkan skala depresi

Tabel 5.8  
Distribusi Responden Berdasarkan skala depresi  
di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kab.Gowa. Juni 2010

Skala depresi	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak depresi	4	13,3
Depresi	26	86,7
<b>Jumlah</b>	30	100,0

Sumber : Data Primer (2010)

Dari tabel 5.8 diatas menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan skala depresi yakni, dari 30 responden terdapat 4 orang (13,3%) yang

tidak depresi dan yang depresi berjumlah 26 orang (86,7%). Dengan demikian rata-rata lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa Juni 2010 adalah depresi.

#### 6. Hubungan Keterbatasan Aktivitas dengan Depresi Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab.Gowa.

Tabel 5.9  
Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Keterbatasan Aktivitas dengan Depresi pada Lansia Panti Sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kab.Gowa 2010

Keterbatasan Aktivitas	Skala Depresi				Total	
	Tidak depresi		depresi			
	N	%	n	%	n	%
Ringan	3	10	5	16,7	8	26,7
Sedang	1	3,3	11	36,7	12	40

<b>Berat</b>	1	3,3	9	30,0	10	30,3
<b>Total</b>	5	16,7	25	83,3	30	100
<b>Chi Square test p = 0,037</b>						

Sumber : data primer tahun 2010

Berdasarkan tabel 5.9 diatas menunjukkan bahwa pada responden yang tidak depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas ringan sebanyak 3 orang (10%) responden, yang tidak depresi dengan keterbatasan aktivitas sedang sebanyak 1 orang (3,33%) responden dan yang tidak depresi dengan keterbatasan aktivitas berat sebanyak 1 orang (3,3%) responden. Sedangkan responden yang mengalami depresi dengan keterbatasan aktivitas ringan sebanyak 5 orang (16,7%) responden, yang mengalami depresi dengan keterbatasan aktivitas sedang sebanyak 11 orang (36,7%) responden, yang mengalami depresi dengan keterbatasan aktivitas berat sebanyak 9 orang (30%) responden. dan secara keseluruhan respon terbanyak adalah yang mengalami depresi dengan keterbatasan aktivitas ringan, sebanyak 11 orang (36,7%). Analisis menggunakan uji statistik *Chi-Square* diperoleh nilai  $p=0,037$  karena nilai  $p<0,05$  Artinya  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara tingkat depresi dengan keterbatasan aktivitas pada lansia di panti sosial Tresna Wredha Gau Mabaji Kabupaten Gowa 2010. Dengan kata lain dapat dinyatakan bahwa depresi mempengaruhi keterbatasan aktivitas pada lansia.

#### D. PEMBAHASAN

##### 4. Keterbatasan Aktivitas Lansia

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa, maka peneliti menemukan keterbatasan aktivitas lansia yaitu 14 orang (46,7%) yang mengalami keterbatasan aktivitas Ringan, 6 orang (20,0%), yang mengalami keterbatasan aktivitas Sedang, sedangkan yang mengalami keterbatasan aktivitas berat sebanyak 10 orang (33,3%). Jadi sebagian besar lansia termasuk mengalami keterbatasan aktivitas ringan.

Hal ini terlihat pada respon lansia yang mengalami keterbatasan aktivitas ringan, mayoritas mengatakan dapat melakukan pekerjaan secara mandiri tanpa kesulitan apapun. Seperti berpakaian, mencuci dan menyetrika pakaian, makan, mandi, dan pekerjaan rumah.

Lansia yang mengalami keterbatasan aktivitas sedang, mayoritas mengatakan dapat melakukan pekerjaan namun masih memerlukan bantuan orang lain atau alat bantu seperti, berjalan di dalam rumah atau di luar rumah dan naik turun tangga dengan menggunakan tongkat. Hal ini dipengaruhi karena adanya gangguan seperti, gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran.

Sedangkan lansia yang mengalami keterbatasan aktivitas berat mayoritas mengatakan tidak dapat melakukan pekerjaan sehari-hari tanpa bantuan orang lain. Jadi semua pekerjaan dikerjakan atau dibantu oleh para penghuni panti dan pegawai yang ada di panti. Hal ini dipengaruhi oleh adanya penyakit yang diderita sebagian lansia yang berada di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa, seperti stroke, reumatik dan kecacatan. Jadi dengan kondisi tersebut, maka lansia akan mengalami gangguan mobilitasi. Maka mempengaruhi keterbatasan aktivitas lansia memerlukan bantuan orang lain, seperti berjalan di dalam rumah, mencuci dan menyetrika, beranjak dari kursi.

Dalam islam menjelaskan bahwa manusia diciptakan dari bayi yang lemah

kemudian tumbuh menjadi dewasa yang kuat, dan seiring berjalannya waktu akan menjadi tua renta yang lemah. Hal ini terdapat pada firman Allah dalam Al-Quran yang :

Terjemahan :

“Allah, dialah yang menciptakan kamu dari keadaan lemah, Kemudian dia menjadikan (kamu) sesudah keadaan lemah itu menjadi kuat, Kemudian dia menjadikan (kamu) sesudah Kuat itu lemah (kembali) dan beruban. dia menciptakan apa yang dikehendaki-Nya dan dialah yang Maha mengetahui lagi Maha Kuasa”.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian di Yogyakarta yang menemukan bahwa keterbatasan lansia tidak muncul secara tunggal, namun keadaan tersebut berkaitan dengan penyakit yang terkait dengan usia lansia. Hal ini sesuai dengan pendapat *Kane et al (2005)* dalam *Darmajo dan Martono (2006)*, yang menyatakan bahwa sebagai akibat proses menua terdapat perubahan yang penyebabnya dapat di akibatkan oleh perubahan anatomik/fisiologik akibat proses menua, berbagai penyakit atau keadaan sebagai akibat penuaan dan pengaruh psikososial pada fungsi organ. Seseorang dengan Disabilitas Fungsional memiliki makna seseorang yang di identifikasi memiliki keterbatasan aktivitas seseorang yang membutuhkan orang lain/alat bantu (*CDC-NIDRR,2000 dalam palestine, 2006*).

## **5. Depresi pada Lansia**

Berdasarkan hasil penelitian GDS-10 yang dilakukan terhadap 30 lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa menunjukkan bahwa 25 orang (86,7%) yang mengalami depresi dan 5 orang (16,7%) yang tidak depresi.

Hal ini terlihat pada respon lansia yang depresi mayoritas mengatakan. Selalu merasa sedih dan murung, meninggalkan banyak kegiatan dan kesenangan, tidak ada



semangat untuk melakukan sesuatu, mudah lelah atau tidak bertenaga saat melakukan kegiatan, selalu menganggap dirinya bersalah, merasa orang lain lebih baik di banding dirinya, pola makannya tidak teratur (malas makan), gangguan pola tidur dan bahkan ada lansia yang nekat melakukan bunuh diri bila sewaktu-waktu mengalami masalah yang tak kunjung reda.

Berdasarkan hasil penelitian yang di lakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa, peneliti menemukan factor yang mempengaruhi terjadinya depresi pada lansia yaitu, terpisah atau jauh dari keluarga yang dicintai, ada keinginan yang tidak terpenuhi, seperti keinginan untuk melakukan hubungan suami istri (seks). Makah al tersebut yang mempengaruhi 25 lansia (86,7%) mengalami depresi.

Hal ini terjadi karena saat stress yang dialami oleh seseorang tidak kunjung reda, pernah merasa sedih atau jengkel, kehidupan yang penuh masalah, kekecewaan, kehilangan dan frustasi yang dengan mudah menimbulkan ketidakbahagiaan dan keputusasaan (addy naufal, 2009).

Depresi merupakan masalah mental yang paling banyak ditemui pada lansia. Prevalensi depresi pada lansia di dunia sekitar 8 – 15 %. Hasil survey dari berbagai negara di dunia diperoleh prevalensi rata-rata depresi pada lansia adalah 13,5 % dengan perbandingan pria dan wanita 14,1 : 8,5. Sementara prevalensi depresi pada lansia yang menjalani perawatan di RS dan Panti Perawatan sebesar 30 – 45 %. Karenanya pengenalan masalah mental sejak dini merupakan hal yang penting, sehingga beberapa gangguan masalah mental pada lansia dapat dicegah, dihilangkan atau dipulihkan (Evy, 2008).

Hasil penelitian ini sesuai dengan Bondan Palestin (2006) dengan judul penelitian: pengaruh umur, status depresi dan status demensia terhadap disabilitas fungsional pada lansia di PSTW Abiyoso dan PSTW Budi Dharma. Subyek penelitian adalah lansia yang berada di dua panti wredha, yaitu: PSTW Abiyoso dan PSTW Budhi Dharma Propinsi D.I. Yogyakarta. Yang menunjukkan bahwa kombinasi umur, status depresi memiliki pengaruh yang kuat terhadap disabilitas fungsional.

#### **6. Hubungan Disabilitas Fungsional Dengan Kejadian Depresi Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa**

Berdasarkan hasil pengolahan data yang dilakukan, maka terdapat responden yang tidak depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas ringan sebanyak 3 orang (10%) responden, yang tidak depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas sedang sebanyak 1 orang (3,3%) responden, dan yang tidak depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas berat sebanyak 1 orang (3,3%) responden. Sedangkan responden yang mengalami depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas ringan sebanyak 5 orang (16,7%) responden, yang mengalami depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas sedang sebanyak 11 orang (36,7%) responden, dan yang mengalami depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas berat sebanyak 9 orang (30%) responden, maka secara keseluruhan respon terbanyak adalah lansia yang mengalami depresi dengan kejadian keterbatasan aktivitas sedang sebanyak 11 orang (36,7%).

Lansia yang mengalami keterbatasan aktivitas sedang lebih banyak terjadi pada lansia yang mengalami depresi yakni sebanyak 11 orang (36,7%). Peneliti menemukan bahwa keterbatasan aktivitas sedang di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji

Kabupaten Gowa, 2010 mengalami gangguan mobilisasi, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, dengan usia lansia sebagian besar diatas 70 tahun. Adanya gangguan ini menyebabkan lansia tidak mampu melakukan aktivitas kehidupan sehari-harinya secara normal yang mungkin berpengaruh terhadap psikososialnya.

Keterbatasan lansia tidak muncul secara tunggal, namun keadaan tersebut berkaitan dengan penyakit-penyakit yang dialami lansia seperti, stroke, reumatik dan TB yang terkait dengan usia lansia di mana akibat proses menua ini di akibatkan oleh perubahan anatomic atau fisiologik dan penurunan fungsi organ sehingga menyebabkan lansia tidak bias saling menolong atau melakukan kegiatan sehari-harinya.

Jadi peneliti menemukan bahwa adanya keterbatasan sedang yaitu dapat melakukan pekerjaan namun masih memerlukan bantuan orang lain atau memerlukan alat bantu menyebabkan lansia merasa tenaganya sudah tidak dibutuhkan lagi, selalu menganggap orang lain lebih baik darinya, merasa menjadi beban bagi orang lain, maka dengan keadaan atau kondisi seperti itulah yang mempengaruhi atau menyebabkan lansia yang berada di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa, mengalami depresi.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa, maka muncul pertanyaan mengapa keterbatasan aktivitas berat kurang menyebabkan atau mempengaruhi terjadinya depresi di bandingkan dengan keterbatasan aktivitas sedang? Hal ini dipengaruhi karena lansia yang mengalami keterbatasan aktivitas berat mendapatkan perhatian dan dukungan yang baik dari keluarganya dan status pendidikannya lebih tinggi, maka cara berfikirnya lebih kearah yang positif. Sedangkan lansia yang mengalami keterbatasan aktivitas sedang, kurang

mendapatkan perhatian dan dukungan dari keluarganya, status pendidikannya yang rendah, dan status perkawinannya misalnya, lansia yang berstatus duda atau janda, kadang muncul keinginannya untuk melakukan hubungan suami istri namun tidak terpenuhi. Maka hal inilah yang mempengaruhi terjadinya depresi pada lansia yang berada di di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa 2010

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian di Yogyakarta yang menunjukkan bahwa lansia yang berada di panti memiliki gejala depresi ringan sampai berat. Bahkan lansia yang mengalami disabilitas fisik ringan sebagian besar memiliki skor GDS-15 diatas 3. Hal ini juga sesuai pernyataan *Alexopoulos et al* (2006) dalam palestini (2006), menjelaskan depresi berhubungan dengan adanya ketidak mampuan lansia. Ketidak sesuaian dengan kapasitas fungsional lansia dapat mengakibatkan depresi.

Dari hasil uji statistik *Chi-Square* di peroleh nilai  $p=0,037$  karena nilai  $p<0,05$ . Artinya  $H_0$  di tolak dan  $H_1$  di terima. Hal ini di dukung oleh hasil uji statistik pada penelitian di Yogyakarta yang menunjukkan hubungan depresi dengan disabilitas fungsional, lansia memiliki signifikan dalam batas kepercayaan 5% ( $p=0,008$ ) dan berpola positif. Dari uraian tersebut kiranya dapat dikatakan bahwa Depresi berhubungan dengan Disabilitas Fungsional Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa 2010.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

**C.**

**Kesimpul**

**an**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan disabilitas fungsional dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

Terdapat hubungan antara disabilitas fungsional dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa 2010

**D.**

**Saran**

4. Bagi Akademik

c. Memperbanyak referensi yang berkaitan dengan lansia.

d. Mengembangkan program pendidikan berkelanjutan bagi perawat propesioanal untuk meningkatkan kompetensi perawat gerontik dan komunitas dalam perawatan lansia.

5. Bagi Pelayanan Keperawatan

a. Bagi Keperawatan Komunitas

- 1) Perawat harus lebih mengenal factor-faktor yang mempengaruhi depresi pada lansia.
- 2) Perawat perlu melakukan upaya-upaya untuk mengurangi resiko disabilitas fisik pada lansia.

b. Bagi institusi panti di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa

- 1) Menyediakan sarana atau alat bantu yang memudahkan lansia melakukan aktivitasnya.
- 2) Melakukan kegiatan atau terapi aktivitas kelompok yang bisa membuat lansia merasa tidak jenuh berada jauh dari keluarga.
- 3) Perawatan terhadap lansia yang mengalami keterbatasan dapat lebih diperhatikan.
- 4) Menambah tenaga perawat agar pemberian asuhan keperawatan pada lansia dapat terlaksana dengan baik.

6. Bagi Pengembangan Penelitian

- c. Mengembangkan penelitian yang lebih komprehensif mengenai fakto-faktor yang mempengaruhi disabilitas fungsional pada lansia
- d. Mengembangkan penelitian lain tentang lansia

## DAFTAR PUSTAKA

- Urani, *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*, Balai Penerbit FKUI. Edisi ke-3, Jakarta. 2006.
- Corwin, Elizabeth J. *Buku Saku Patofisiologi*, Jakarta: EGC. 2000
- Anomy, E-Psikologi.com. *Depresi*, Artikel Internet, Jakarta. 2001
- Gallo, Joseph J. *Buku Saku Gerontologi*, Ed. 2, Jakarta: EGC. 1998.
- Hapsah. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Respon Lansia terhadap Perubahan Psikososial Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa*, Skripsi, PSIK-FK Universitas Hasanuddin, Makassar. 2006
- Hidayat, A. AA. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*, Edisi Pertama, Jakarta: Salemba Medika. 2007
- Kalbe.co.id. *Cermin Dunia Kedokteran: Depresi*. Majalah. Vol.34 No.3/156. 2007
- Kuntjoro, Z.S. *Masalah Kesehatan Jiwa Lansia*, Artikel Internet, [www.e-psiologi.com/usia/160402.htm](http://www.e-psiologi.com/usia/160402.htm). 2002
- Nugroho, W. *Keperawatan Gerontik*, Ed. 2, Jakarta: EGC. 2003
- Nursalam. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Emu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, Edisi Pertama, Jakarta: Salemba Medika. 2003.
- Palestin, B. *Pengaruh Umur, Depresi dan Demensia Terhadap Disabilitas Fungsional Lansia di PSTW Abiyosodan PSTW Budi Dharma Provinsi D.I. Yogyakarta (Adaptasi Model Sistem Neuman)*, Tesis, FIK-UI, Jakarta. 2006.
- Ranah Penelitian Keperawatan Gerontik*, Artikel Internet, <http://inna-ppni.or.id/html>. 2006.
- Setiabudbidan Hadywinoto. *Panduan Gerontologi Tinjau dari Berbagai Aspek (Menjaga Keseimbangan Kualitas Hidup Para Lanjut Usia)*, Jakarta: Gramedia. 2005
- Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*, Bandung: Alfabeta 2006.
- Statistik untuk Penelitian*, Bandung: Alfabeta. Sunaryo. 2004 *Psikologi untuk Keperawatan*, Jakarta: EGC. 2007

Sunyono, D. *Analisis Regresi dan Korelasi Bivariat (Ringkas dan Kasus)*, Yogyakarta: Amara Books. 2007.

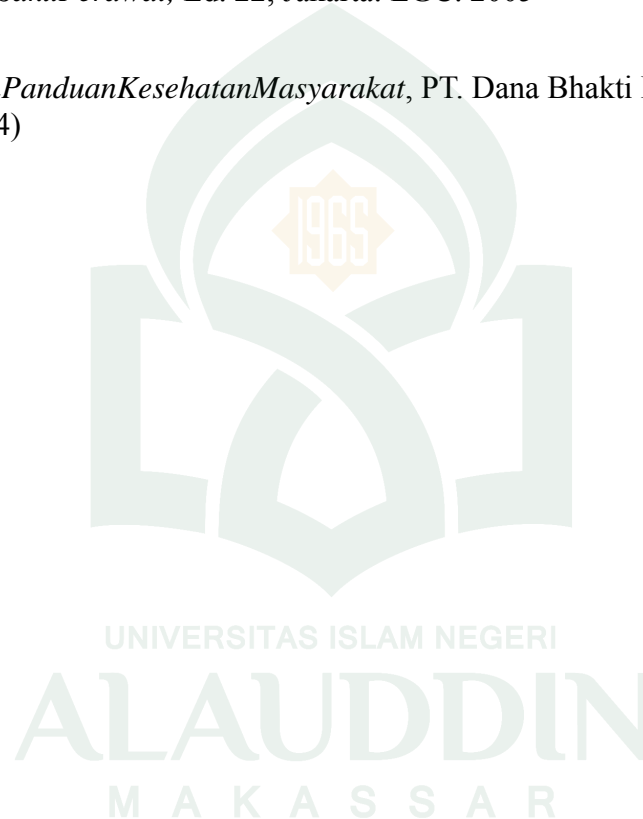
Suryadi, A. *Meningkatkan Kualitas Hidup Lansia*, Artikel Internet, [www.suarapembaroandaily.com](http://www.suarapembaroandaily.com), 2007.

Stuart, G.W, Sundeen, S.J. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Ed. 3, Jakarta, EOS. 1998

Trihendradi, C. *Langkah Mudah Menguasai Analisis Statistik Menggunakan SPSS 15*. Ed. I, Yogyakarta: ANDI. 2007

Weller, Barbara F. *Kamus Saku Perawat*, Ed. 22, Jakarta: EGC. 2005

Su'dan, R.H. *Al Qu'and Panduan Kesehatan Masyarakat*, PT. Dana Bhakti Prima Yasa, Yogyakarta. (2004)



**KUESIONER PENELITIAN**  
HUBUNGAN DISABILITAS FUNGSIONAL DENGAN DEPRESI PADA  
LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA GAU MABAJI KABUPATEN  
GOWA



## IDENTITAS RESPONDEN

{01} JenisKelamin  
1. Laki-laki 2. Perempuan ☐

{02} Pendidikanterakhir  
1. Tidaksekolah 4. SLTP ☐  
2. SD/SR 5. PerguruanTinggi  
3. SLTP

{03} Status perkawinan  
1. Bersuami/beristri 3. Duda ☐  
2. Janda

{04} Keterbatasan yang dimiliki  
1. Gangguanpenglihatan3. Gangguanmobilisasi ☐  
2. Gangguanpendengaran 4. Lainnya, sebutkan : .....  
.....

{05} Statusfungsional  
1. Tergantung 3. Mandiri ☐  
2. Sebagiandibantu

{06} Aktivitaskeseharian  
1. Menggunakanalat bantu (mis: tongkat) ☐  
2. Tanpamenggunakanalat bantu

{07} Bilamenggunakanalatbantu, sebutkan : .....

{08} Penyakit / keluhan yang sedang / seringdiderita  
(Bisa lebih dari satujenis) .....  
.....  
.....



## SKALA DEPRESI GERIATRI

(Geriatric Depression Scale 10-Item / GDS - 10)

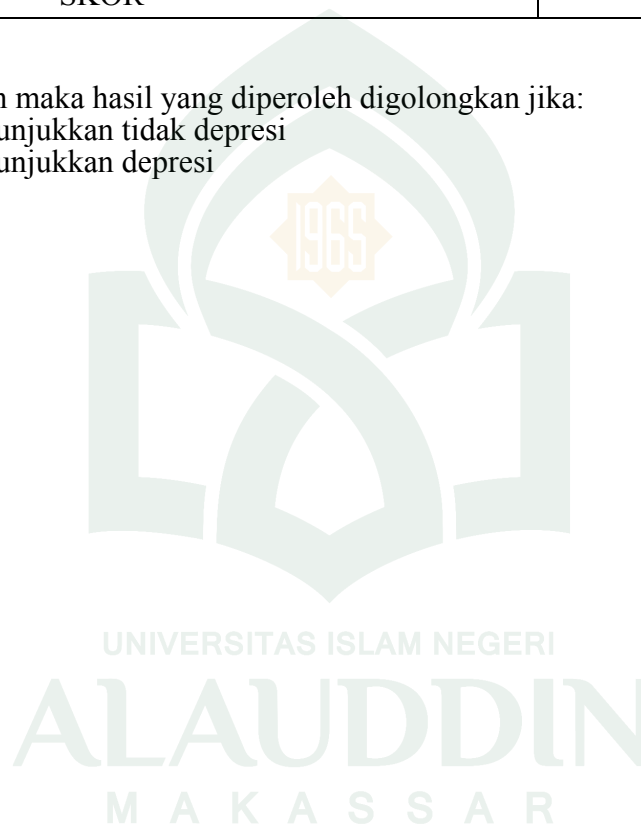
No.	PERTANYAAN	NilaiRespon	
		YA	TIDAK
1	ApakahAnda selalu merasa sedih atau murung?	1	0
2	ApakahAndatelahmeninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?	1	0
3	ApakahAndatidak mempunyai semangat yang baik setiap	1	0

	saaat (tidak ada semangat untuk melakukan sesuatu)?		
4	ApakahAndamudah lelah atau tidak bertenaga saat melakukan sesuatu?	1	0
5	Apakah Anda merasa tidak berdaya dalam hidup ini?	1	0
6	ApakahAnda merasa bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari Anda?	1	0
7	ApakahAndasering menganggap diri anda bersalah (ada perasaan bersalah)?	1	0
8	ApakahAnda merasa tidak ada gairah untuk makan (malas makan)?	1	0
9	ApakahAnda memiliki gangguan dalam pola tidur?	1	0
10	Apakah Anda tidak takut bunuh diri jika Anda memiliki masalah yang tak kunjung reda?	1	0
SKOR			

Keterangan:

Dari 10 pertanyaan maka hasil yang diperoleh digolongkan jika:

- Skor  $\leq 30\%$  menunjukkan tidak depresi
- Skor  $\geq 70\%$  menunjukkan depresi



#### SKALA KETERBATASAN AKTIVITAS GRONINGEN

NO.	AktivttasKehidupanSehari-hari (AKS)			
1.	Berpakaian			
2.	Beranjakdaridanketempattidur			
3.	Beranjakdarikursi			
4.	Mmbersihkan din lap muka, sisir, gosokgigi)			
5.	Mandidanmengeringkanbadan			

6.	Menggunakan toilet ke/dari WC, menyiram, menyeka, lepas/pakaicelana			
7.	Makan			
8.	Berjalan di dalamrumahtermasukmenggunakantongkat			
9.	Naikturuntangga			
10.	Berjalandisekitar/luarumahtermasukmenggunakantongkat			
11.	Merawat/melindungi kaki			
12.	Menyiapkanhidangan			
13.	Mengerjakanpekerjaanrumahtangga yang ringan (misal: menyapu, merapikan)			
14.	Mengerjakanpekerjaanrumahtangga yang berat (misal : mengepellantai, membersihkanjendela)			
15.	Mencucidanmenyetrikabaju			
16.	Merapikantempattidur			
17.	Belanja			
JUMLAH SKOR				

Keterangan:

Nilai 1 tidak dapat melakukan pakerjaan sehari-hari tanpa bantuan orang lain

Nilai 2 dapat melakukan pekerjaan secara mandiri namun masih memerlukan alat bantu

Nilai 3 dapat melakukan pekerjaan secara mandiri tanpa kesulitan apapun

Skor dari pertanyaan :

Ringan =  $\leq 17$

Sedang = 18 -24

Berat =  $\geq 25$

**KETERBATASAN/GANGGUAN/KELUHAN  
YANG DIMILIKI OLEH LANSIA  
DI PSTW GAU MABAJI KABUPATEN GOWA**

1. Gangguanpenglihatan (matakabur, sakitpadamata, buta, juling)
2. Gangguanpendengaran

3. Gangguanmobilisasi
4. Gangguanpadatungkai/sikapberjalan
5. Sakitpadapunggung
6. Sakit dada
7. Sakitpadaperut
8. Sakituluhati
9. Sakitpinggang
10. Sakitseluruhbadan
11. Sakitpadaekstremitas (atas/bawah)
12. Sakitpadaleher
13. Merasasesak
14. Nyerisendi
15. Hipertensi
16. Reumatik
17. Batuk
18. Hipotensi
19. Demam
20. TB
21. Benjolandidada
22. Pengucapanbahasakurangjelas

